

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**ESTILOS, ESTRATÉGIAS E CRENÇAS DE PAIS E MÃES E ANSIEDADE  
INFANTIL:**

**O PAI É IMPORTANTE?**

**Ana Filipa Gordino Beato**

***Orientadoras:* Prof. Doutora Ana Isabel Pereira**

**Prof. Doutora Luísa Barros**

**Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Psicologia na  
especialidade de Psicologia Clínica**

2016



**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**ESTILOS, ESTRATÉGIAS E CRENÇAS DE PAIS E MÃES E ANSIEDADE INFANTIL:  
O PAI É IMPORTANTE?**

**Ana Filipa Gordino Beato**

**Orientadoras:** Prof. Doutora Ana Isabel Pereira

**Prof. Doutora Luísa Barros**

**Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Psicologia na especialidade de  
Psicologia Clínica**

**Júri:**

**Presidente:**

Prof. Doutora Isabel Maria de Santa Bárbara Teixeira Narciso Davide, Professora Associada e Vice-presidente do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

**Vogais:**

- Prof. Doutora Maria do Céu Teixeira Salvador, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;
- Prof. Doutora Orlanda da Silva Rodrigues da Cruz, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Porto;
- Prof. Doutora Ana Isabel Leite de Freitas Pereira, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, orientadora;
- Prof. Doutora Marta Maria Figueiredo Pedro Vazão de Almeida, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

**Projecto apoiado e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia**

**2016**



Esta tese é especialmente dedicada...

A todas as *crianças* que têm medo.

A todos os *pais* que se esforçam para os apoiar mesmo também o tendo.

E, em especial, ao *meu Pai*, que (me) via sempre para lá do medo.



## AGRADECIMENTOS

Uma tese é um caminho que se faz com os outros. A sua pegada fez com que o “meu” trabalho se tornasse “nosso”. A todos os que percorreram esta jornada comigo, quero deixar o meu profundo e sincero reconhecimento.

| Professora Doutora Ana Isabel Pereira

À minha orientadora, a quem devo esta tese e tudo o que dentro e fora dela cabe. O seu vasto conhecimento, a capacidade de ver sempre mais além do que está à vista, o rigor e o “saber fazer” são alguns dos atributos de quem tão bem me soube orientar ao longo de todo este percurso.

Professora Doutora Luísa Barros |

À minha co-orientadora devo a inspiração da sua sabedoria e o privilégio de o ter partilhado comigo. Saber-me cuidada e bem encaminhada por ela, revelou-se uma verdadeira fonte de segurança. Reflectir com ela foi uma experiência que fez de mim uma pessoa mais rica.

| Professor Peter Muris

Receiving Professor Peter Muris’ support was an unforgettable experience of learning and hard work (besides, we still had time for more than a sandwich during lunchtime).

Professor Vicenç Quera |

Professor Vicenç taught me all I know about sequential analysis and was constantly available to share his vast knowledge with our team. This innovative part of this work would not have been possible without him.

| Agrupamentos de escolas

A todos os envolvidos no processo de recolha de dados e questionários. Às direcções e docentes que colaboraram no projecto, em especial às professoras Anabela Lopes (Agrupamento de Escolas Póvoa de Santa Iria), Maria Luís (Agrupamento de Escolas Duarte Lopes), Luísa Nunes e Emília Mogarrio (Agrupamento de Escolas Francisco Arruda). Agradeço também o suporte dos Bombeiros Voluntários da Póvoa de Santa Iria e de Benavente pela cedência dos espaços para a recolha de dados.

## Formadores |

Ao Professor Doutor Cícero Pereira pelas aulas brilhantes de estatística, à Rita Francisco pela formação de dados qualitativos e por ser uma das pessoas mais sérias e coerentes com que me cruzei no mundo académico. Estou agradecida a todos os restantes professores, formadores, coordenadores e colegas, donde destaco o Osvaldo, o Filipe, a minha querida Violeta Alarcão e a minha doce e profissional amiga Milene Fernandes do Instituto de Epidemiologia do Hospital de Santa Maria.

## | Fundação para a Ciência e a Tecnologia

Agradeço a atribuição da bolsa de doutoramento que tornou este projecto possível, designadamente a todos os profissionais com quem tive oportunidade de contactar. Que a Ciência continue em boas mãos e a ser digna de todo o respeito que merece.

## Equipa de apoio |

A todos os amigos e colegas que aceitaram generosamente contribuir para este trabalho: ao meu incansável Pedro Palrão; às competentíssimas Saras (Simão e Machado); à minha observadora mais querida: Vanessa Russo; à sempre mais que disponível, boa colega e excelente amiga: Teresa Marques; à Joana Reis: companheira de assuntos sérios e menos sérios; aos meus apoios inesperados e sempre “lá”: Sofia Braga, Teresa Pereira, Paula Afonso e Sofia Ângelo que me ampararam de braços abertos. É bom saber-me tão rodeada de pessoas como vocês! Agradeço também a quem colaborou neste projecto, fazendo dele o “seu” trabalho: às mestrandas Sofia Lourenço, Marta Santos e Andreia Torres; às revisoras dos estudos e à equipa da faculdade que trabalha “nos bastidores” para que tudo corra sempre bem. Ao Dr. Rui pela escuta mais atenta e pelo incentivo constante, ajudando a (re)estruturar-me a cada novo desafio.

## | Colegas

Às colegas da Consulta de Psicologia Pediátrica estou grata pelo constante apoio e partilha de aprendizagens, de experiências, de desabafos e de conhecimento. Agradeço aos meus companheiros da sala A321 pelos risos, companheirismo, entreaajuda, e porque, acima de tudo, nos vamos vendo crescer mutuamente a cada dia que passa. Aos colegas e aos amigos que fiz no PIN e ao Dr. Nuno Lobo Antunes. Apesar da minha indisponibilidade, confiaram, surpreenderam-me (com tanto que já me deram em tão pouco tempo) e mantêm sempre a porta aberta para os sonhos. Um agradecimento especial à Ana Santos, à Daniela, à Maria João e ao Nelson, porque sim...



Amigos |

À Patrícia Pascoal, a “madrinha de vida” e orientadora desta decisão de doutorar. À Paula Paulino, amiga de abraços, de ontem, de hoje e com certeza de um longo amanhã. Ao Teatro e aos que lá conheci por serem a minha melhor terapia. Um abraço grato especial à Rita e à Cami. E porque o meu coração é um lugar pequeno para espelhar o apoio e o carinho que tantos me deram sempre em todos e tantos momentos em que precisei de vós: Pedro Palrão, Sara Andrade, Raquel Pires, Nuno Veras, Ludovica, Sara Sta, Mariana Neves e a todos os que não estando descritos aqui, estão.

| À minha Família

A fonte inspiradora deste trabalho. Pelo amor, pelo carinho e pela força de acreditarmos em conjunto que o que nos une é tão maior do que aquilo que nos acontece. A quem sempre esteve e a quem entrou e recebemos cheios de “espaço” para vos acolher (Soneca, Tânia, Maria, Francisquinho). À Sofia, para quem não tenho uma palavra suficiente capaz de espelhar o que me tem dado. Foi o maior alicerce deste projecto de trabalho e de vida. À minha Mãe, uma mulher enorme e cheia de força de carácter, a quem agradeço o suporte e o amor incondicionais que sempre deram sentido à (minha) palavra “Família”. À memória da minha avó Ilda, cujo sorriso doce e meigo continua a aparecer teimosamente nas ruas, nas casas, na minha memória e em toda a parte, e com quem aprendi a força que tem quem é pura e simplesmente bom. Ao meu Pai, o maior impulsionador deste projecto. Dava tudo para lhe poder mostrar os meus resultados, vê-lo sorrir de orgulho e ouvi-lo uma vez mais incentivar muitos e novos passos. Antes de este trabalho começar, eu já o sabia. O pai é importante.

Crianças e Pais|

Um último e sincero Obrigada a todas as crianças e pais que fizeram parte deste projecto. O seu contributo, participação e generosidade representam um valioso contributo para erguer mais um pouco o castelo do conhecimento. Espero que faça jus à riqueza de tudo o que comigo partilharam.

A todos estou verdadeiramente Grata!



O trabalho de investigação conducente a esta dissertação foi co-financiado por fundos nacionais do Ministério da Ciência e Ensino Superior e pelo Fundo Social Europeu, no Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN, 2007-2013) – Programa Operacional Potencial Humano (POPH), através da Bolsa de Doutoramento com a referência SFRH/7737/2011, concedida pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.





### **DECLARAÇÃO**

De acordo com o artigo 25º do Regulamento de Estudos Pós-Graduados da Universidade de Lisboa, aprovado pela Despacho n.º 2950/2015, esta dissertação engloba artigos científicos submetidos para publicação em revistas internacionais com comités de selecção, em colaboração com outros autores. A autora declara que foi responsável pela recolha de dados, análise e interpretação dos resultados, assim como pela redacção, submissão e revisão dos manuscritos dos artigos enviados para publicação.

Ana Beato

Janeiro de 2016



## RESUMO

As perturbações de ansiedade (PA) são um dos problemas de saúde mental mais prevalentes durante a infância e a adolescência. Em muitos casos, e se não forem alvo de intervenção, poderão manter-se ou mesmo agravar-se, causando interferência em várias áreas do funcionamento. Entre os factores etiológicos da ansiedade que maior atenção têm recebido na literatura, encontram-se os factores parentais. Segundo os modelos teóricos, os pais contribuem para o desenvolvimento, manutenção, agravamento e/ou melhoria da ansiedade dos filhos através de mecanismos relativamente “directos” de aprendizagem (e.g., modelagem, comunicação de informação geradora de ansiedade, reforço do evitamento) ou através de estilos e práticas educativas que, de forma mais “indirecta”, podem constituir factores de risco (e.g., controlo excessivo, afecto negativo, não-envolvimento) ou de protecção (e.g., promoção da autonomia, afecto positivo, encorajamento ao confronto) para a ansiedade infantil. Não obstante, várias meta-análises mostraram que os estilos parentais, nomeadamente o controlo excessivo e a rejeição, apenas permitem explicar uma modesta parte da ansiedade infantil. Parecem pois existir lacunas, limitações e incongruências na forma como esta área tem sido compreendida e estudada, e a requererem clarificação. Por esse motivo, diversos estudos recentes têm procurado explorar a relação entre os factores parentais e a ansiedade infantil a partir de outros pontos de vista, dando maior enfoque, por exemplo, à identificação de comportamentos parentais específicos e observáveis que poderão estar associados à promoção e reforço da ansiedade nos filhos, à própria ansiedade dos pais e à importância de integrar a parentalidade no contexto bidireccional em que a interacção pais-criança ansiosa se insere. Por sua vez, entre os aspectos menos estudados nesta área surgem não só o papel do pai na compreensão da parentalidade e ansiedade infantil, assim como dos estilos cognitivos que caracterizam os pais destas crianças e que poderão estar a servir de modelo ou a conduzir a comportamentos e estratégias parentais desadaptativos.

A presente investigação, elaborada à luz da abordagem da psicopatologia do desenvolvimento, procurou assim aprofundar alguns hiatos da literatura ao delinear os seguintes objectivos principais: (I) identificar tipologias paternas e maternas a partir de estilos e comportamentos parentais considerados de risco para a ansiedade infantil, e analisar a sua relação com a ansiedade das crianças e dos pais; (II) descrever e comparar os comportamentos parentais mais frequentes ocorridos durante a interacção entre pais e crianças com e sem PA, assim como transacções pais-criança com maior probabilidade de ocorrência; (III) analisar as estratégias parentais que os pais reportam usar com maior frequência no seu dia-a-dia para lidar com manifestações de ansiedade da criança, e compará-las com as estratégias e comportamentos observados durante situações de interacção com os filhos; e (IV) explorar crenças e percepções parentais relativas às causas, ao impacto e à evolução da ansiedade dos filhos, analisando se estas diferem entre pais que já procuraram apoio especializado para os problemas da criança e pais que não o fizeram. Note-se ainda que nos nossos estudos foram sempre incluídos pais e mães a fim de clarificar se existem diferenças na ansiedade infantil e nos padrões comportamentais e cognitivos analisados em função do género parental.

A selecção das subamostras que compõem cada estudo foi feita a partir de uma abordagem de *screening* multinível. No total, participaram nos estudos 390 crianças (8-13 anos) e seus respectivos pais e mães, tendo sido seleccionados subgrupos que constituíram as amostras em cada estudo. Recorremos igualmente a diferentes perspectivas de investigação (qualitativa, quantitativa, mista), a diferentes tipos de amostras (comunitária, pais de crianças com e sem problemas de ansiedade), a multi-informadores (pai, mãe, criança, observadores independentes) e a multimétodos (questionários, observações, entrevistas).

Destacamos os resultados mais relevantes: (I) As tipologias paternas e maternas permitiram identificar três grupos de pais (superprotectores, apoiantes e desinvestidos), tendo-se concluído que a ansiedade parental é mais elevada nos pais com os estilos desinvestidos e



superprotector (paterno), enquanto a ansiedade infantil apenas é superior em filhos de mães com padrão desinvestido. (II) Pais e mães de crianças com ansiedade comportaram-se de modo mais envolvido, afastado e ansioso na interacção com os filhos do que os pais de crianças não-ansiosas. Verificaram-se igualmente diferenças nos comportamentos parentais que antecedem e precedem manifestações de ansiedade nos filhos entre estes dois grupos. (III) Os pais de crianças ansiosas referem usar mais a tranquilização e o reforço do evitamento do que realmente usaram durante as situações de interacção observadas com os filhos, e apresentaram mais comportamentos de envolvimento excessivo e manifestações de ansiedade do que haviam reportado nas entrevistas. (IV) Os pais atribuem maioritariamente a ansiedade dos filhos a causas externas e a factores parentais, consideram que estes problemas têm impacto negativo no bem-estar na criança e no seu futuro, e muitos antecipam que eles se vão manter ou mesmo agravar ao longo do tempo. Os pais que já haviam procurado ajuda acreditavam que a ansiedade dos filhos iria melhorar com esforços e/ou apoio especializado, enquanto os que não o haviam feito acreditam que a ansiedade é permanente ou transitória. Por fim, e de uma forma global, podemos constatar que se encontraram muitas semelhanças entre pais e mães no que concerne à constituição das tipologias parentais e à maior parte dos factores cognitivos e comportamentais avaliados nos estudos. Porém, verificaram-se algumas distinções na forma como as tipologias e alguns comportamentos mais específicos em situações de interacção com os filhos se associam à ansiedade da criança. A combinação destes resultados permite inferir que ambos os progenitores têm um contributo importante para o desenvolvimento e manutenção da ansiedade dos filhos, ainda que pareçam influenciá-la de modo ligeiramente distinto.

Em conclusão, pelo seu carácter inovador ao utilizar vários níveis de análise e diferentes métodos de investigação, os resultados obtidos nos diferentes estudos representam um contributo relevante para a compreensão da parentalidade no âmbito da ansiedade infantil. Por um lado, constatámos que a falta de envolvimento (e não apenas o envolvimento

excessivo) pode estar associada a maior risco de ansiedade nas crianças em idade escolar. A identificação de ciclos de interação disfuncionais constitui um avanço importante para reforçar a natureza bidireccional entre a ansiedade infantil e os comportamentos e reacções emocionais negativas dos pais. Por sua vez, os nossos resultados mostraram ainda que a abordagem multimétodos permite enriquecer a investigação ao fornecer perspectivas complementares sobre os fenómenos em análise.

Entre as implicações práticas dos nossos resultados, destacamos a importância de explorar as crenças, as reacções emocionais e os comportamentos e estratégias usadas pelos pais para lidar com a ansiedade dos filhos. Esta avaliação permitirá intervir de forma mais adequada a cada caso em contexto clínico (e.g., através de técnicas de reestruturação cognitiva e de auto-regulação emocional) e promover estratégias mais adequadas para lidar com o mal-estar da criança. Em termos genéricos, os nossos resultados indicam que os pais reconhecem existirem várias estratégias adaptativas para lidar com a ansiedade dos filhos. Porém, a sua aplicação em contextos reais pode sofrer várias influências e entraves. Compreender os mecanismos que levam à discrepância entre o que os pais consideram fazer com maior frequência e o que realmente fazem quando os filhos estão ansiosos, parece assim ser importante para melhorar a eficácia das intervenções que incluem as famílias de crianças com PA. Por último, salientamos a relevância de incluir a figura paterna na investigação e nos tratamentos, uma vez que desempenha um papel importante no ajustamento emocional dos filhos.

**Palavras-chave:** Ansiedade, parentalidade, pai, abordagem multinível, multimétodo

## ABSTRACT

Anxiety disorders are one of the most prevalent mental health disorders in childhood and adolescence. If left unattended, they tend to persist and cause a great impact in child's functioning. Parental variables and their contribution to the outcomes of these disorders are among the most studied etiological factors found in specialized literature. According to theoretical models, parents may contribute to the development, maintenance, aggravation or amelioration of child's anxiety in several ways. This process may occur through "direct" learning mechanisms, such as modelling, information transfer and reinforcement of avoidance. It can also occur through parenting styles and practices, following more "indirect" risk (e.g., overcontrol, negativity, withdrawal) or protective (e.g., autonomy granting, positive affect, confronting) pathways. Nonetheless, several meta-analyses have demonstrated that parenting styles, namely control and rejection, only account for a modest part of child anxiety. This highlights the existence of certain limitations and incongruences in theory and research needing to be addressed. Consequently, recent studies are becoming more focused on specific and observable parental behaviors, on parental anxiety and on the bidirectional interactions between parents and anxious children. Furthermore, studies have scarcely focused the role of father in childhood anxiety and the relevant parental cognitive styles that might be promoting and reinforcing the child's anxiety.

Based on developmental psychopathology, the current investigation has the following main objectives: (I) identify parenting patterns in mothers and fathers, applying well-known parenting styles and behaviors associated with children's anxiety, and analyze their relation with parents' and children's anxiety levels; (II) describe and compare parental behaviors that occur more frequently during interactions between parents and their anxious/non-anxious children, and identify transactions between parents and children more probable to occur; (III) examine and compare the strategies parents say they use more frequently in their daily lives with the ones they used during the interactions with the child; and (IV)

explore parents' beliefs and perceptions regarding the causes, the impact and the evolution of their child's anxiety problems, and compare them using parents who sought professional help and those who did not. Our research included both mothers and fathers in order to clarify if these behavioral and cognitive variables differ according to parental.

Our subsamples were selected by a multilevel screening procedure, with a total of 390 children, between 8-13 years old, and their parents as participants. Different perspectives (qualitative, quantitative, mixed), distinct types of samples (community, children with and without anxiety disorders), multi-informants (father, mother, child, independent observers) and multi-methods (questionnaires, observations, interviews) were included.

We got the following results: (I) Three parenting patterns (i.e. overprotective, supportive and disengaged) were obtained. Disengaged and overprotective (only for fathers) types had higher parental anxiety, whereas disengaged mothers had children with higher levels of anxiety. (II) Fathers and mothers of children with anxiety behaved in a more overinvolved way, withdrawn and anxious in parent-child interactions than parents of non-anxious children. Also, distinct parental behaviors tended to precede and to follow children's manifestations of anxiety when these groups of parents were compared. (III) More parents referred using reassurance and avoidance reinforcement strategies in their daily lives than those who actually applied them during observed interactions, whereas more parents showed overinvolvement and anxious behaviors during observations than those who reported them previously in interviews. (IV) Most parents attributed their child's anxiety to external and parental factors (perceiving this as a feature with a negative impact on their children functioning), foreseeing anxiety as a permanent condition in their child's lives, with the possibility to get worse.

Globally, our finding revealed many similarities regarding parenting practices, cognitive and behavioral factors of mothers and fathers. However, there are gender differences concerning the relation between specific parental behaviors and the child's anxiety.

Considering all this data, based in an innovative use of multiple levels of analyses and multimethod in the research, we can conclude that both caregivers are key-elements on the development and maintenance of the children's anxious response through different associations and pathways. Identifying dysfunctional cycles of interactions is a key contribution in the understanding of the bidirectional nature of child's anxiety and parent's behaviors/reactions. Our findings also reveal that sundry evaluation methods are a more sensitive data gathering approach, bypassing the disadvantages of the complementary method.

Exploring parental beliefs, emotional reactions and strategies used when dealing with child's anxiety and distress is one of the clinical implications of this study. This exploration will entail adjusted treatments to each family, through cognitive restructuring and emotional self-regulation techniques, and promote more effective strategies to manage child's anxiety in his/her everyday life. We see both the knowledge of such strategies and its suited application in specific situations as factors that might improve the success of the intervention with these families. Last but not least, we suggest the inclusion of fathers in the research and in interventions, since they have an important role in the child's emotional adjustment.

**Keywords:** Anxiety, parenting, father, multilevel approach, multi-methods



## ÍNDICE GERAL

### PÁGINA

xxv	Índice de Quadros
xxvii	Índice de Figuras
xxix	Nota Introdutória
xxxv	Referências Bibliográficas

### 1 | Parte I: [Enquadramento teórico](#)

<b>3</b>	<b>Capítulo I – Parentalidade e ansiedade na infância</b>
8	Estilos parentais: Uma abordagem dimensional
21	Tipologias parentais: Uma abordagem macroscópica
27	Comportamentos específicos: Uma abordagem microscópica
42	Parentalidade e ansiedade parental: A ansiedade “em família”
50	Olhar de fora para dentro: O papel das cognições
61	Ansiedade infantil e género parental: O pai é importante?
66	Parentalidade e ansiedade infantil: O contributo dos moderadores
71	Conclusões: Em resumo, o que sabemos até ao momento?
76	Referências Bibliográficas

### 101 | Parte II: [Metodologia](#)

<b>103</b>	<b>Capítulo II – Enquadramento metodológico</b>
104	Objectivos Gerais do Estudo
106	Desenho metodológico
107	Procedimentos éticos

109	Procedimentos
117	Caracterização da amostra
119	Métodos de avaliação
132	Referências Bibliográficas

### 135 | Parte III: Estudos Empíricos

<b>137</b>	<b>Capítulo III - <i>The relationship between different parenting typologies in fathers and mothers and children's anxiety</i></b>
139	Abstract
140	Introduction
147	Method
154	Results
159	Discussion
165	References
<b>175</b>	<b>Capítulo IV – <i>Interactions between anxious and non-anxious children, their fathers and mothers: an observational study using sequential analysis</i></b>
177	Abstract
178	Introduction
183	Method
197	Results
205	Discussion
212	References
<b>217</b>	<b>Capítulo V – <i>Parenting strategies to cope with children anxiety: What parents say and do?</i></b>
219	Abstract
220	Introduction
224	Method



233	Results
240	Discussion
247	References

## **253** | **Capítulo VI – *Father’s and mother’s beliefs about children’s anxiety***

255	Abstract
256	Introduction
260	Method
263	Results
273	Discussion
282	References

## **289** | Parte IV: **Discussão e Conclusões Finais**

291	<b>Capítulo VII - <i>Discussão Integrada e Implicações</i></b>
292	Discussão e integração dos principais resultados
321	Considerações Finais
324	Limitações e estudos futuros
328	Contributos e implicações clínicas
334	Referências bibliográficas

## **345** | **Apêndices**

A1	Consentimento informado
A2	Resultados devolvidos aos agrupamentos
A3	SCARED - R [Crianças]
A4	Protocolo de avaliação [Pais]
A5	Guião da entrevista “Ansioso por Saber”
A6	Observações: Tarefas e Sistema de codificação



### Parte II: Enquadramento metodológico

#### Cap. 2 - Metodologia

105	<i>Quadro 1.</i> Objectivos gerais dos estudos empíricos
118	<i>Quadro 2.</i> Caracterização da amostra por estudo empírico
119	<i>Quadro 3.</i> Dimensões analisadas, métodos e operacionalização das variáveis
124	<i>Quadro 4.</i> Descrição e caracterização dos instrumentos de auto-relato

### Parte III: Estudos Empíricos

#### Cap. 3 - Estudo I

155	<i>Table 1.</i> Means and standard deviations on separate EMBU-P and PAOS scales for the three maternal parenting typologies as obtained with cluster analysis
156	<i>Table 2.</i> Means and standard deviations on separate EMBU-P and PAOS scales for the three paternal parenting typologies as obtained with cluster analysis
157	<i>Table 3.</i> Means and standard deviations on child and parents' anxiety and parental anxiety/concern about child for parenting typologies

#### Cap. 4 - Estudo II

184	<i>Table 1.</i> Socio-demographic characteristics of anxious and non-anxious groups
190	<i>Table 2.</i> Codes' description and exemplification
198	<i>Table 3.</i> Comparisons of means of parental behaviors for fathers and mothers by group membership and <i>p</i> values for t-tests
198	<i>Table 4.</i> Comparisons of means of child's code by group membership and <i>p</i> values for t-tests

201	<i>Table 5.</i> Adjusted residuals for fathers and mothers transactional behaviors that occurred before the child's negative responses in ANX and NANX groups
204	<i>Table 6.</i> Adjusted residuals for fathers' and mothers' transactional behaviors occurring after the child's negative responses in ANX and NANX groups

### Cap. 5 Estudo III

231	<i>Table 1.</i> Description of the parental strategies used to deal with children's anxiety with examples from the interviews and observed behaviors
239	<i>Table 2.</i> Frequencies, percentages and differences between parents that report the use of these strategies and parents who applied them in interactions with the child

### Cap. 6 Estudo IV

264	<i>Table 1.</i> Proportion of fathers and mothers who referred each subdimension
266	<i>Table 2.</i> Examples of excerpts of beliefs about causes of anxiety
269	<i>Table 3.</i> Examples of excerpts of beliefs about the evolution of anxiety
271	<i>Table 4.</i> Examples of excerpts of perceptions about the impact of anxiety

### Parte II: Enquadramento metodológico

#### Cap. 2 - Metodologia

116 | *Figura 1.* Fluxograma do processo de selecção das subamostras

### Parte III: Estudos Empíricos

#### Cap. 4. - Estudo II

194 | *Figura 1.* Example of a timed-event sequence

195 | *Figura 2.* Timed-event data demonstrating defined window for time-window sequential analysis

196 | *Figura 3.* Example of two 2x2 contingency tables with maternal overinvolvement occurring 5 seconds before child's negative responses, by group membership (ANX, NANX)



O medo e a ansiedade fazem parte das experiências normativas que acompanham todo o desenvolvimento. Sentir receio e vontade de fugir em situações em que há perigo real, constitui uma resposta adaptativa que também estimula o ser humano a aprender a lidar com os desafios com que se vai confrontando no seu dia-a-dia (Gullone, 2000). No entanto, se existirem respostas de ansiedade e de evitamento perante situações ou objectos que não correspondem a uma verdadeira ameaça, poderemos estar perante uma resposta que já não cumpre a função de adaptação ao meio. Deste modo, o diagnóstico de perturbação de ansiedade é realizado com base em critérios que consideram a frequência, a intensidade, a duração dos sintomas de ansiedade e a sua interferência significativa no funcionamento (Grills-Taquechel & Ollendick, 2007).

Uma das tarefas de desenvolvimento das crianças é aprender a distinguir entre estímulos perigosos e inofensivos. Para isso, as crianças têm de explorar activamente o mundo que as rodeia e observar a forma como os outros se comportam perante determinadas situações. A exposição da criança a objectos ou situações desconhecidas, desafiantes ou mesmo assustadoras pode contribuir para que a criança tenha oportunidades de aprender como adquirir controlo sobre estes acontecimentos, desenvolver estratégias e recursos para lidar com eles e sentir-se confiante em situações futuras. Assim, a aquisição destas aprendizagens constitui um mecanismo

protector que diminuirá a probabilidade de a criança desenvolver problemas de ansiedade. No entanto, se a criança considera que a sua capacidade de enfrentar as situações é desproporcional à ameaça que elas representam, poderá suceder o contrário (i.e., a criança não conseguirá lidar sozinha com as situações e sentirá níveis elevados de ansiedade quando confrontada com elas).

Por conseguinte, as figuras de referência das crianças são habitualmente os pais e os irmãos. Os pais desempenham um papel importante para que a criança consiga encontrar um equilíbrio entre ter oportunidades para se expor e desenvolver competências de confronto (*coping*) para lidar com as dificuldades e evitar que se sinta demasiado ansiosa ou incapaz perante situações geradoras de mal-estar.

A tese que aqui apresentamos explorou vários aspectos da parentalidade no âmbito dos problemas de ansiedade infantil e foi elaborada à luz da Psicopatologia do Desenvolvimento (Achenbach, 1990; Cicchetti, 2006, 2011; Sroufe, 1997), que lhe serviu de grelha de conceptual orientadora das opções metodológicas (Brofenbrenner, 1989; Brofenbrenner & Morris, 2006; Cummings & Schermerhorn, 2003). As abordagens desenvolvimentista e transaccional orientaram a forma como projectámos e integrámos os resultados deste trabalho.

O título destaca alguns dos factores a que quisemos dar relevo. Com base numa perspectiva teórica integradora e recorrendo a metodologias complementares, procurámos contribuir não só para o aprofundamento do conhecimento acerca da parentalidade no contexto das perturbações de ansiedade em crianças em idade escolar, mas também considerar simultaneamente o papel do pai e da mãe neste contexto. Por sua vez, acreditamos ter contribuído para uma melhor identificação e



exploração de factores parentais promotores de ansiedade infantil com vista a poder integrá-los nas intervenções individuais e familiares realizadas em contexto clínico e/ou nas intervenções universais de sensibilização, prevenção e promoção de comportamentos parentais protectores promotores da adaptação da criança.

Esta tese está organizada em três partes. A **Parte I** - Enquadramento Teórico - inclui o *Capítulo 1*. Nele procurámos fazer a revisão do estado da arte relativamente à relação entre a parentalidade e a ansiedade nas crianças. Esse objectivo orientou a nossa revisão desde a literatura mais tradicional centrada nas grandes dimensões de estilos parentais, e conduziu-nos à necessidade de analisar essas dimensões, quer de um ponto de vista tipológico, quer específico. Acrescentámos ainda uma revisão da literatura acerca do papel de alguns factores cognitivos dos pais e da própria ansiedade parental na compreensão da parentalidade no âmbito da ansiedade na infância. Terminámos com a inclusão do contributo que o género parental, assim como outras variáveis moderadoras, desempenham no âmbito do binómio parentalidade-ansiedade infantil.

A **Parte II** deste trabalho, constituída pelo *Capítulo 2*, refere-se ao Enquadramento Metodológico do estudo. Nele foram especificados os objectivos que nortearam o nosso projecto, assim como as opções metodológicas subjacentes à sua prossecução (i.e., desenho, procedimentos éticos e de recolha de amostra, selecção dos participantes, métodos de recolha de dados).

Na **Parte III** são apresentados os Estudos Empíricos que compõem o nosso trabalho. O *Capítulo 3* apresenta um estudo transversal com recurso a uma amostra comunitária de crianças entre os 8 e os 12 anos e respectivos pais e mães. Procurou-se neste estudo desenvolver tipologias paternas e maternas a partir de dimensões parentais descritas na

literatura (i.e., suporte emocional, rejeição, tentativas de controlo, superprotecção e encorajamento ao confronto) e seguidamente analisar a sua relação, quer com a ansiedade parental (i.e. ansiedade geral e ansiedade/preocupação centrada na criança), quer com a ansiedade das crianças. Para isso, utilizámos instrumentos de auto-relato validados para a população portuguesa e analisámos os dados utilizando procedimentos de análise de *clusters* para identificar as tipologias parentais. Para averiguar a eventual existência de diferenças em termos de género parental, explorámos tipologias diferentes para pais e para mães e verificámos a sua associação com as variáveis de ansiedade já mencionadas.

O *Capítulo 4* apresenta um estudo transversal e observacional de comparação de grupos extremos (crianças com e sem perturbação de ansiedade) e seus progenitores. As crianças, entre os 9 e os 13 anos, participaram em duas tarefas estruturadas de interacção com os respectivos pais e mães. O objectivo do estudo consistiu em analisar quais os comportamentos parentais que têm maior probabilidade de ocorrer imediatamente antes e após a manifestação de ansiedade das crianças (*distress*), de acordo com o tipo de grupo (ansioso vs. não-ansioso) e do género parental (pai vs. mãe). Para isso recorremos à análise sequencial de dados que permitiu analisar a relação de bidireccionalidade pais-criança em tempo real.

O *Capítulo 5* é constituído por um artigo que tem como principal intuito comparar as estratégias parentais para lidar com a ansiedade da criança, que os pais referem usar frequentemente no seu dia-a-dia com as estratégias por eles usadas durante duas tarefas de interacção. A amostra é caracterizada por pais de crianças com PA. Analisaram-se primeiro as estratégias referidas em contexto de uma entrevista

semiestruturada com os pais e, posteriormente analisaram-se os seus comportamentos durante as situações de interacção. No final, analisaram-se as discordâncias de acordo com os dados recolhidos em ambos os contextos.

O *Capítulo 6* inclui um estudo transversal, exploratório com o objectivo de analisar as crenças e percepções que os pais têm acerca das causas, do impacto e da evolução da ansiedade dos seus filhos, a partir da análise do conteúdo da entrevista semiestruturada já mencionada. Comparámos também em que medida os pais que já haviam procurado apoio especializado para os problemas de ansiedade da criança se distinguiam daqueles que nunca o fizeram relativamente às percepções anteriormente referidas. Uma vez mais, participaram neste estudo pais de crianças com PA.

Por último, a **Parte IV** desta tese integra o *Capítulo 7*, designado Discussão Integrada e Implicações. Procurámos nesta secção integrar os principais contributos dos diferentes estudos empíricos desenvolvidos e apresentar as suas principais limitações. Por último identificámos pistas para a investigação futura e as implicações práticas do nosso trabalho.

Em anexo são apresentados apêndices referentes aos diferentes instrumentos e outros documentos relevantes no contexto da nossa investigação.



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1990). "Comorbidity" in child and adolescent psychiatry: Categorical and quantitative perspectives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 271-278.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting systems in human development. Research paradigms: Present and future. In N. Bolger, A. Caspi, G. Downey, & M. Moorehouse (Eds.), *Persons in context: Developmental processes* (pp. 25-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (6<sup>a</sup> ed., pp. 793-828). New York: John Wiley.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 1, 2<sup>a</sup> ed., pp. 1-23). New York: Wiley.
- Cicchetti, D. (2011). Developmental psychopathology. In R. M. Lerner, A. M. Freund, & M. E. Lamb (Eds.) *Lifespan development*, Vol. 2 (511-589). Hoboken: Wiley & Sons.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648.
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2002). Interventions as tests of family systems theories: Marital and family relationships in children's development, and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 14, 731-760.
- Cummings, E. M., & Schermerhorn, A. C. (2003). A developmental perspective on children as agents in the family. In L. Kuczynski (Ed.), *Handbook of dynamics of parent-child relations* (pp. 91-108). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G., & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.

- Grills-Taquechel, A. E. & Ollendick, T. H. (2012). *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Hogrefe Publishers.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20, 429–451.
- Kessler, R. C., Walters, E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3–14.
- Masia, C. L. & Morris, T. L. (1998). Parental factors associated with social anxiety: Methodological limitations and suggestions for integrated behavioral research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 211–228.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155–172.
- Merikangas K, Avenevoli S. (2002). Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. In: Tsuang MT, Tohen M, (Ed.). *Textbook in Psychiatric Epidemiology* (pp. 657–704). New York, NY: Wiley
- Muris, P, & Broeren S. (2009). Twenty-five years of research on childhood anxiety disorders: Publication trends between 1982 and 2006 and a selective review of the literature. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 388–395.
- Murray, L., Creswell, C. and Cooper, P. J. (2009) The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine*, 39 (9). 1413-1423.
- Ollendick, T. H., & March, J. S. (2004). *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinicians' Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. New York: Oxford University Press.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47–67.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 311 – 341.
- Simões, S. (2011). *Influência dos estilos educativos parentais na qualidade da vinculação de crianças em idade escolar em diferentes tipos de família*. Tese de doutoramento. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251– 268.
- Van der Bruggen, C., Stams, G., & Bögels, S. (2008). The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (12), 1257-1269.

# Parte I

---

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

My momma always said, “Life is like a box of chocolates, you never know what  
you’re gonna get.”

[excerto do filme *Forrest Gump*, 1996]



# 1

## Parentalidade e ansiedade na infância

---

### Dos estilos às cognições parentais

As perturbações de ansiedade (PA) representam um dos problemas de saúde mental mais prevalentes em diferentes fases do desenvolvimento, desde a infância até à idade adulta (Costello, Egger, & Angold, 2005), com taxas de prevalência estimadas entre 5 a 17% em crianças e adolescentes (e.g., Costello & Angold, 1995). Estes problemas têm, geralmente, o seu início durante a idade escolar (i.e., 5-11 anos; Kessler et al., 2012<sub>a,b</sub>). Caso não sejam alvo de tratamento adequado, muitas vezes persistem ao longo da vida, acarretando implicações negativas em várias áreas do funcionamento (Last, Hansen, & Franco, 1997), elevados custos sociais e de saúde (e.g. Bodden, Dirksen, & Bögels, 2008) e risco aumentado para a manutenção de vários problemas de ansiedade ou para o surgimento de outros como a depressão e o abuso de substâncias (Kendall et al., 2010; Kim-Cohen et al., 2003; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989; Kushner, Sher, & Beitman, 1990).

Assistimos actualmente a um progressivo aumento da prevalência das PA em vários países ocidentais, nomeadamente em Portugal (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Porém, as taxas de procura de apoio especializado mantêm-se relativamente baixas, em particular entre a população mais jovem (Collins, Westra, Dozois, & Burns, 2005; Reavley, Cvetkovski, Jorm, & Lubman, 2010). Por exemplo, Chavira e colaboradores (2004) mostram que apenas 31% de crianças e jovens com PA (8–17 anos) procuram apoio especializado. Por esta razão, a compreensão dos factores associados à procura de ajuda e à adesão aos tratamentos revela-se um desafio importante nesta área. Entre a literatura que se tem dedicado à procura de apoio especializado, ainda que

noutras áreas, os autores destacam alguns preditores importantes, nomeadamente os pais percepcionarem o problema da criança como um “fardo” para a família e como tendo um elevado grau de interferência no funcionamento da criança (Chavira et al., 2004; Jongerden, Cvetkovski, Jorm, & Lubman, 2015). Note-se que, no caso das perturbações de ansiedade, a natureza interna dos sintomas pode dificultar a detecção do problema por parte dos pais ou estar associado a uma menor percepção de impacto no funcionamento da criança e da família (Angold et al., 2002; Brannan, Heflinger, & Foster, 2003; Sayal, 2004; Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, Van der Ende, & Verhulst, 2003).

As últimas décadas assistiram ao crescente investimento em estudos sobre a qualidade e a validação empírica das intervenções de natureza cognitivo-comportamental que, de forma rigorosa, utilizaram amostras aleatorizadas e com grupos de controlo. Vários programas de intervenção revelaram níveis de eficácia prometedores (i.e., 55 a 60% das crianças não apresentam critérios de diagnóstico após o tratamento; e.g. Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergrill, & Harrington, 2004; James, Soler & Weatherall, 2005) e a possibilidade de serem aplicados em diversos contextos que não somente o acompanhamento (individual ou de grupo) centrado na criança e/ou na sua família (e.g., escola ou novas tecnologias). Apesar destes dados animadores relativos ao sucesso destas intervenções, a percentagem de crianças que mantêm o diagnóstico primário após o tratamento é bastante elevada (i.e., cerca de 40%; James et al., 2005). Por esse motivo, aprofundar a compreensão que temos sobre os factores de manutenção das PA na infância e adolescência é fundamental para melhorar a eficiência dos tratamentos.

Neste contexto, e para além da literatura dedicada à eficácia da intervenção nesta área, um vasto leque de estudos tem contribuído para o avanço do conhecimento sobre os factores etiológicos e de manutenção da ansiedade (Muris & Broeren, 2009; Murray, Creswell, & Cooper, 2009; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Os modelos etiológicos da ansiedade têm adoptado uma perspectiva baseada na psicopatologia do desenvolvimento. Segundo esta perspectiva, certos medos e sintomas de ansiedade representam um fenómeno frequente e até ajustado em determinadas faixas etárias. Porém, e assumindo um *continuum* entre a ansiedade normativa e patológica, a ansiedade é considerada patológica quando é desproporcional às exigências da situação, quando surge de modo irracional e involuntário, quando gera respostas de evitamento ou mal-estar intenso e quando interfere significativamente no funcionamento da criança (Craske, 1997; Muris, 2006; Muris & Field, 2011; Vasey & Dadds, 2001).

Os vários factores de risco ou vulnerabilidade identificados podem ser divididos em: [a] *factores genéticos e biológicos*, entre os quais encontramos traços de risco para os problemas de ansiedade como é o caso da inibição comportamental, do neuroticismo e da afectividade negativa (Lonigan, Phillips, Wilson, & Allan, 2011); [b] *factores gerais do ambiente*, associados a acontecimentos negativos de vida e a experiências específicas de aprendizagem (e.g., condicionamento, modelagem, transmissão de informação negativa: Fisak & Grills-Taquechel, 2007); [c] *factores centrados na família*, o principal foco da presente tese (Creswell, Murray, Stacey, & Cooper, 2011); e [d] *factores inerentes à criança* (e.g., evitamento, interpretações de ameaça, distorções cognitivas: Field, Hadwin, & Lester, 2011). Em estreita associação com os factores de risco, encontram-se também os factores de manutenção que contribuem para que o

problema seja perpetuado ou mesmo agravado ao longo do tempo (e.g., reforço de respostas de evitamento). Mais recentemente tem sido realçada a importância de identificar também factores de protecção e de atenuação da ansiedade. Deve ainda sublinhar-se que esta divisão é meramente teórica uma vez que, na prática, estes factores de natureza multifactorial atuam entre si de forma dinâmica e interdependente.

A revisão de estudos realizados com gémeos monozigóticos permitiu concluir que os aspectos genéticos explicam apenas um terço da variância da ansiedade (Eley, 2001). Os restantes dois terços serão assim explicados por factores ambientais e individuais. Entre os factores do ambiente mais amplamente estudados encontram-se os **factores parentais**. Vários modelos teóricos que procuram explicar a etiologia das PA focam-se no papel dos pais no desenvolvimento, manutenção e protecção das mesmas (Alloy, Abramson, Smith, Gibb, & Neerenet, 2006; Chorpita e Barlow (1998); Craske, 1999; Dadds, Roth, & Vasey, 2001; Fox, Henderson, Marshall, Nichols, & Ghera, 2005; Ginsburg & Schlossberg, 2002; Krohne, 1990; Manassis & Bradley, 1994; Vasey & Dadds, 2001) devido não só à elevada coexistência de PA dentro da família (e.g., Beidel & Turner, 1997; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996; McClure, Brennan, Hammen, & Le Brocque, 2001; Merikangas, Dierker, & Szatmari, 1998; Turner, Beidel, & Costello, 1987), mas também devido à sua influência no ajustamento emocional dos filhos enquanto cuidadores primários da criança, principalmente durante a infância (Gar, Hudson, & Rapee, 2005). Apesar de alguns factores de risco para a ansiedade poderem ser mediados por factores genéticos (Gregory & Eley, 2007), nomeadamente através de vulnerabilidade associada ao temperamento (Saudino, 2005), existem factores específicos que caracterizam a parentalidade de crianças com ansiedade e que, por sua

vez, contribuem para a transmissão intergeracional da mesma. Importa realçar também que os factores familiares são considerados modificáveis e, por conseguinte, poderão ser um alvo privilegiado de prevenção e intervenção (ver Yap & Jorm, 2015).

Entre os factores familiares apontados pelos vários modelos teóricos encontram-se a vinculação, as características familiares mais gerais (e.g., conflito parental, funcionamento familiar, relação entre irmãos), a psicopatologia parental, as crenças parentais em relação ao comportamento da criança e os estilos e os comportamentos parentais (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Creswell, Murray, Stacey, & Cooper, 2011; Rapee et al. 2009). Alguns modelos procuraram inclusive integrar alguns destes factores na compreensão da aquisição e transmissão da ansiedade. Por exemplo, Murray e colaboradores (2009) destacam duas trajectórias possíveis. Por um lado, a ansiedade parental pode contribuir de forma directa para o desenvolvimento da ansiedade nos filhos através de factores associados à vulnerabilidade genética/biológica. Por outro lado, e independentemente do nível de ansiedade parental, alguns mecanismos poderão aumentar a probabilidade de surgimento e manutenção de ansiedade nas crianças, nomeadamente: a) factores de socialização (i.e. estilos educativos parentais e comportamentos parentais específicos) que promovem a percepção de ameaça e o baixo controlo sobre o ambiente; e b) os comportamentos e respostas parentais (e.g., modelagem e transmissão de informação associadas à ansiedade). Segundo estes autores, as manifestações de ansiedade exibidas pela criança podem ser reforçadas ou mantidas através da forma específica como os pais respondem às emoções da criança e orientam o seu comportamento, tais como comportamentos de controlo e superprotecção ou desencorajamento de atitudes de confronto em situações geradoras de mal-estar (Rapee, 2002).

Nesta revisão focaremos o papel dos estilos, comportamentos específicos e cognições parentais devido ao papel de relevo que têm recebido na literatura, incluindo ainda uma breve nota sobre o contributo da ansiedade parental, reconhecido factor de risco que interage com os restantes de modo a aumentar a probabilidade de manifestações de ansiedade nos filhos.

## 1 | Estilos parentais

### Uma abordagem dimensional

O conceito de ***estilo parental*** representa o contexto em que ocorre a socialização da criança (Darling & Steinberg, 1993) e é caracterizado por duas componentes principais. Por um lado, revela um sistema de crenças, atitudes, objectivos e padrões comportamentais estabelecidos em relação à criança com a intenção de socializar e educar a criança. Por outro lado, engloba o clima emocional em que essas atitudes são comunicadas aos seus filhos (Harkness & Super, 2002; McGillicuddy-De Lisi & Sigel, 2002). O estilo parental comunica uma atitude afectiva face à criança através da qualidade da atenção dedicada, do tom de voz, das respostas emocionais e de outros comportamentos que transmitem o modo como os pais se sentem em relação a ela (Teti & Candelaria, 2002).

A literatura tem focado, acima de tudo, o contributo de duas grandes dimensões ou estilos educativos parentais, uma de natureza afectiva - aceitação versus rejeição – e outra de natureza mais instrumental - o controlo versus autonomia - centrado no controlo e na disciplina para socializar a criança e promover por parte desta o

cumprimento das regras e normas sociais (Darling & Steinberg, 1993; Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990; Masia & Morris, 1998; Rapee, 1997; Rothbaum & Weisz, 1994; Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003). Cada uma destas dimensões representa categorias polarizadas, num dos extremos descreve estilos parentais considerados positivos e no outro lado do contínuo, estilos mais negativos. Uma socialização eficaz da criança deverá contemplar estas duas dimensões da parentalidade de um modo flexível e adaptado às situações e características da criança (Grusec & Ungerer, 2003). Segundo os modelos teóricos, a presença de níveis consideráveis de rejeição e controlo são responsáveis, pelo menos em parte, pela ansiedade infantil (Dibartolo & Helt, 2007; Fox et al., 2005; Hudson & Rapee, 2001; Rapee, 2001).

A dimensão de **rejeição** está associada a níveis elevados de frieza, desaprovação, criticismo e afastamento (e.g., Clark & Ladd, 2000; Maccoby, 1992; McLeod, Wood, & Weisz, 2007). Segundo alguns autores, no outro extremo, encontra-se a aceitação que se refere a um clima relacional que assenta num sistema de atitudes e comportamentos de suporte emocional e responsividade (e.g., comportamento carinhoso, aceitação dos sentimentos e acções da criança, práticas baseadas na escuta activa, elogio, reforço positivo, discussão e reflexão de assuntos em conjunto com a criança, sensibilidade às suas necessidades, etc.) e envolvimento na vida e actividades da criança (e.g., Barber, 2006, Conley et al., 2004, Grusec et al., 2000, Maccoby, 1992). A dimensão de rejeição (versus aceitação) surge na literatura através de várias outras designações mais ou menos semelhantes, nomeadamente negatividade, falta de afecto ou aceitação, desligamento, afecto/hostilidade, responsividade, desinvestimento ou indiferença (Grolnick & Gurland, 2002; Maccoby & Martin, 1983;

Rohner, 2004; Schaefer, 1965). Os autores consideram que a rejeição parental, uma vez que é baseada no criticismo e minimização dos sentimentos da criança, aumenta a probabilidade da criança desenvolver e manter problemas de ansiedade, uma vez que: a) afecta negativamente a sua auto-estima e integridade; b) limita a aprendizagem através de tentativas e erros na exploração do ambiente à sua volta; c) dificulta a aprendizagem de competências de auto-regulação emocional e de tolerância a emoções negativas; e, por conseguinte, d) aumenta a sensibilidade e vulnerabilidade à ansiedade (e.g., Gottman et al., 1997; Wood et al, 2003).

Por sua vez, o **controlo** é uma dimensão essencial para a socialização da criança, que inclui um conjunto de estratégias com o objectivo de promover o cumprimento das regras e normas sociais (Grolnick & Gurland, 2002; Maccoby & Martin, 1983). A dimensão controlo constitui um constructo global complexo pois inclui vários tipos de comportamentos parentais (e.g., acções dirigidas à aplicação de disciplina e autoridade, exigências de maturidade, coerção, supervisão, monitorização, superprotecção: Cummings et al., 2000; Maccoby & Martin, 1983) nem sempre equivalentes entre si (Grolnick & Gurland, 2002).

Este conceito global pode ser subdividido em dois tipos independentes, com o devido suporte empírico (e.g., Barber, 2006; Kuppens, Grietens, Onghena, & Michiels, 2009). O *controlo comportamental* e o *controlo psicológico* (Barber, 2006). O controlo comportamental compreende as acções empreendidas pelos pais para controlar ou gerir o comportamento da criança, de modo a corrigir os seus comportamentos inadequados através da disciplina e da monitorização e supervisão do comportamento. Por seu turno, o controlo psicológico, intrusivo e coercivo, recorre a técnicas de



manipulação da emoção que, por não satisfazerem as necessidades psicológicas e emocionais da criança, comprometem a sua individualidade, identidade e autonomia (Barber, 1996, 2006; Steinberg, 2005). Assim, enquanto o controlo comportamental se foca maioritariamente no comportamento da criança (e.g., regulação do seu comportamento), o controlo psicológico encontra-se habitualmente mais orientado para processos psicológicos da criança (e.g., sentimentos, expressão verbal, identidade). Ainda que os estudos que analisaram o impacto destas dimensões no ajustamento da criança nem sempre se tenham mostrado congruentes, parece existir uma maior associação entre o controlo comportamental e os problemas de externalização, assim como do controlo psicológico e diferentes variáveis do ajustamento emocional (Barber, 2006).

Por estes motivos, e de modo a facilitar a escrita, nesta revisão utilizámos a palavra “controlo” enquanto constructo que remete para formas de controlo psicológico, centrados na imposição que os pais exercem sobre os filhos na sua forma de pensar, sentir e agir (McLeod et al., 2007<sub>b</sub>), uma vez que tem sido mais amplamente associado à ansiedade infantil (Rapee, 1997). Deve também notar-se porém que, em rigor, as diversas formas, nem sempre sinónimas, de operacionalização desta dimensão no contexto das PA remetem principalmente para comportamentos parentais baseados na intrusividade, superprotecção e restrição da autonomia da criança, como veremos mais adiante, e não tanto para acções coercivas dirigidas à manipulação de sentimentos da criança. Deste modo, encontrámos algumas diferenças no modo como esta variável é caracterizada entre a literatura dedicada à parentalidade em geral e aquela que se dedica ao estudo da parentalidade no âmbito das PA na infância e adolescência, onde o foco se concentra em aspectos ligados à necessidade excessiva

de proteger a criança e de dominar ou comandar a interacção com ela. Assim, quando analisamos a literatura dedicada ao papel do controlo ao nível das perturbações de ansiedade, encontramos igualmente outros termos anglo-saxónicos como “(over)involvement” (e.g., Hudson & Rapee, 2002), “overprotection” (Clarke, Cooper, & Creswell, 2013), “intrusiveness” (Feldman, Greenbaum, Mayes, & Erhlichet, 1997), “restriction” (Krohne & Hock, 1991), “psychological control” para se referirem a esta forma específica de controlo. Note-se que, apesar destas diferentes operacionalizações do conceito a que a literatura na área das perturbações de ansiedade se reporta, elas detêm em comum o facto de diminuírem as oportunidades que a criança tem para se expor a desafios e a resolvê-los. Por conseguinte, o controlo parental poderá afectar as expectativas futuras da criança, a capacidade de avaliar as situações de forma ajustada e de desenvolver estratégias de coping, e o seu sentido de auto-eficácia e de autonomia (Kendall, Aschenbrand, & Hudson, 200; Hudson, Comer, & Kendall, 2008).

Diversos autores consideram que as formas de controlo parental intrusivo, superprotector e restritivo constituem um factor de risco e de manutenção da ansiedade devido a implicações negativas no funcionamento das crianças e adolescentes, entre as quais se destacam: (1) o reforço da crença de que o mundo é um lugar perigoso e incontrolável através do aumento da percepção de ameaça (e.g., Hudson & Rapee, 2004; Rapee, 2001); (2) a redução da percepção de controlo da criança sobre situações que considera ameaçadoras (Chorpita, Brown, & Barlow, 1998); (3) a diminuição de oportunidades para que a criança explore o ambiente, estruture o sentido de auto-eficácia e desenvolva recursos de *coping* necessários para lidar com acontecimentos imprevisíveis e difíceis (Barlow, 2002); e (4) o reforço de

comportamentos de evitamento de desafios e situações desconhecidas (Chorpita & Barlow, 1998; Parker, 1983).

No que concerne à *avaliação*, os estilos parentais - rejeição e de controlo - têm sido tradicionalmente analisados através de medidas de auto-relato. Algumas são preenchidas pelos próprios progenitores, enquanto noutras são as crianças ou os jovens a avaliar os estilos parentais globais dos seus pais. Certos instrumentos são dirigidos a adultos, sendo-lhes pedido que se reportem retrospectivamente aos estilos adoptados pelos seus pais no passado.

No caso específico do controlo parental, vários instrumentos têm sido amplamente usados devido às suas qualidades e resultados consistentes. Entre eles encontram-se: **a)** as várias versões (i.e., criança, adolescente, pais) do questionário *Egna Minnen Beräffande Uppfostran* (EMBU) que avaliam os estilos educativos parentais de forma mais genérica através das escalas de tentativa de controlo, rejeição e suporte emocional: Perris, Jacobsson, Lindström, Von Knorring, & Perris, 1980); **b)** o *Children's Reports of Parental Behaviour Inventory* (CRPBI; Schaefer, 1965) que avalia as dimensões suporte-rejeição, autonomia psicológica, controlo psicológico e controlo firme-controlo relaxado, sendo respondido por crianças e adolescentes; **c)** e o *Parental Bonding Instrument* (PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979) que inclui duas dimensões - suporte ("care") e controlo ("overprotection"). Este instrumento é preenchido de forma retrospectiva por jovens e adultos maiores de 16 anos, referentes aos estilos parentais dos seus progenitores ao longo do seu crescimento.

No que concerne à estimativa da *magnitude do efeito* entre estilos parentais e problemas de internalização, em geral, e da ansiedade em particular, os primeiros

estudos de revisão narrativa da literatura - centrados principalmente no papel do controlo parental - apresentaram resultados inconclusivos. Estas revisões analisaram estudos que recorrem a observações mas, sobretudo, a medidas de auto-relato (Ballash, Leyfer, Buckley, & Woodruff-Borden, 2006; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Rapee, 1997; Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003). Posteriormente, cinco estudos sistemáticos de meta-análise encontraram os efeitos significativos esperados, ainda que o seu efeito seja modesto na variância explicada da ansiedade (McLeod et al., 2007<sub>b</sub>; van der Bruggen, Stams, & Bögels, 2008), da depressão (McLeod, Weisz, & Wood, 2007<sub>a</sub>) e dos problemas de internalização de forma mais genérica quer na infância (Yap & Jorm, 2015) quer na adolescência (Yap, Pilkington, Ryan, & Jorm, 2014). Por exemplo, na meta-análise de Wood et al. (2007<sub>b</sub>), os estilos parentais, incorporando quer a rejeição quer o controlo, apenas permitem explicar uma pequena parte da variância total da ansiedade infantil e juvenil. Os tamanhos específicos dos efeitos variaram entre  $r = .06$  e  $r = .42$ , dependendo dos aspectos da parentalidade em estudo. Quando comparados, o controlo mostrou ter um efeito moderado na ansiedade infantil, explicando 6% da sua variância total ( $r = .25$ ;  $d = .52$ ), ao passo que a rejeição apenas permitiu explicar 4% da mesma, o que remete para um efeito reduzido ( $r = .20$ ;  $d = .41$ )<sup>1</sup>.

Em suma, apesar da relevância dada pelos modelos teóricos tradicionais aos estilos parentais mais globais no desenvolvimento da ansiedade infantil, os estilos parentais demonstraram ter um papel reduzido na explicação da ansiedade. As *evidências controversas resultantes* destes estudos têm motivado os autores à reflexão e

---

<sup>1</sup> Por outro lado, tal como hipotetizado por vários autores (e.g., Rapee, 1997), a rejeição obteve um efeito maior do que o controlo na variância explicada da depressão nas crianças e adolescentes (cf. McLeod, Weisz, & Wood, 2007).

integração no sentido de orientar e aprimorar o rumo da investigação dedicada a esta área. Se, por um lado, alguns autores consideram que o papel dos pais pode não ser assim tão relevante como tem sido preconizado (e.g., Parker, 1983), outras perspectivas sublinham a forma como os estudos têm sido efectuados e salientam possíveis limitações teóricas e práticas. Analisemos alguns aspectos de relevo.

Em primeiro lugar, os conceitos dedicados aos estilos parentais remetem para **dimensões alargadas** e que provêm de uma literatura mais vasta dedicada à parentalidade (Fisak & Grills-Tachequel, 2007). Na verdade, tratando-se de um padrão geral de relação que constitui um contexto propício à ocorrência de determinados comportamentos parentais, o conceito de estilo parental poderá ser melhor entendido como um moderador e não tanto como um preditor do ajustamento emocional da criança (Darling & Steinberg, 1993). Continua inclusive por esclarecer se as diferentes formas de avaliar o controlo parental de facto medem comportamentos e práticas semelhantes (van der Bruggen et al., 2008), uma vez que a sua **operacionalização e medição** tem sido feita muitas vezes através de conceitos variados e nem sempre semelhantes (e.g., intrusividade, ordens, superprotecção, limitação da autonomia). Por exemplo, enquanto alguns estudos recorrem a um conceito geral de controlo parental que incorpora não só uma componente comportamental mas também cognitiva e atitudinal (Creswell, Murray, Stacey, & Cooper, 2011), estudos observacionais tendem a focar mais comportamentos específicos (e.g., acções como interromper e sobrepor-se à criança durante a realização de uma tarefa). Por essa razão, alguns autores sugerem uma operacionalização comportamental destes conceitos não apenas enquanto itens isolados, mas acima de tudo dirigidos a comportamentos específicos da criança (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006).

Em segundo lugar, estas dimensões estão associadas a efeitos diversos nas crianças (e.g., outros problemas de internalização como a depressão: Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; McLeod et al., 2007<sub>a, b</sub>), remetendo para **efeitos transdiagnósticos** e não tão específicos de diversas variáveis parentais na ansiedade da criança (Dozois, Seeds, & Collins, 2009) e no seu tratamento (Craske, 2012).

Em terceiro lugar, alguns **aspectos metodológicos** poderão explicar a acentuada variabilidade e inconsistência nos resultados dos estudos. Segundo McLeod e colaboradores (2007<sub>b</sub>), os efeitos na associação entre os estilos parentais e a ansiedade infantil variam de acordo com variáveis moderadoras, entre as quais se destacam: (a) o *tipo de amostra*, revelando efeitos superiores em amostras de crianças e jovens com diagnóstico comparativamente a amostras comunitárias; (b) a *qualidade e tipo de medidas* utilizadas, isto é, medidas com melhores qualidades psicométricas (e.g., validade convergente) associam-se a maiores efeitos sobre a ansiedade, assim como o recurso a abordagens categoriais na avaliação da ansiedade pode minimizar o erro associado à medição da ansiedade comparativamente às abordagens dimensionais; e (c) o *tipo de desenho de investigação*, que tende a influenciar os resultados, tendo-se encontrado efeitos superiores em estudos observacionais, em comparação a estudos que utilizam medidas de auto-relato preenchidas quer pelos pais quer pela criança<sup>2</sup>, especialmente se forem usadas tarefas que geram activação emocional (Ginsburg, Grover, Cord, & Ialongo, 2006). Neste sentido, van der Bruggen e

---

<sup>2</sup> Numa das meta-análises realizada a partir de 47 estudos publicados entre 1960 e 2002, McLeod e colaboradores (2007<sub>b</sub>) questionaram a validade das conclusões dos estudos que recorrem a instrumentos de auto-relato, uma vez que subestimam a associação entre estes fenómenos e apontam a desejabilidade social como um dos motivos prováveis para explicar esses resultados. Tal como a observação directa revelou efeitos maiores na avaliação das dimensões parentais em comparação com os instrumentos preenchidos pelos pais ou pelas crianças, também a própria ansiedade infantil revelou maiores efeitos quando analisada por avaliadores ou observadores externos comparativamente às medidas que avaliam a ansiedade-traço e os scores de sintomas de ansiedade (McLeod et al., 2007<sub>b</sub>).

colaboradores procuraram confirmar este pressuposto, analisando a associação entre a ansiedade infantil e o controlo parental apenas em estudos de cariz observacional. Na sua meta-análise, foram usados 23 estudos publicados entre 1989 e 2006 ( $N = 1305$  diádes). Apesar da magnitude se manter moderada ( $d = .58$ ), consistentemente com o que havia sido encontrado anteriormente, esta revelou-se superior quando apenas foram incluídos estudos observacionais.

Em terceiro lugar, vários autores sugerem uma actualização dos modelos teóricos tradicionais, de modo a detalharem com maior precisão os **mecanismos parentais específicos** (cognitivos, emocionais e comportamentais) associados ao desenvolvimento, manutenção, agravamento e atenuação da ansiedade na infância e adolescência (e.g., modelagem, sentido de auto-eficácia, autopercepção parental: e.g., Fisak & Grills-Taquechel, 2007; Fox, Henderson, Marshall, Nichols, & Gheraet, 2005; Hadwin, Garner, & Perez-Olivas, 2006; Rapee, 2001; Wood, McLeod, Piacentini, & Sigman, 2006). Uma evidência preliminar deste pressuposto foi demonstrada por McLeod e colaboradores (2007<sub>b</sub>) na meta-análise já referida anteriormente. Os resultados permitiram concluir que os efeitos das subdimensões da rejeição (i.e., suporte, aversividade e afastamento) e do controlo (i.e., controlo e promoção da autonomia) são superiores quando analisados de forma independente, tal como já havia sido sugerido por estudos anteriores (e.g., Sentse et al., 2010; Silk, Morris, Tomoe, & Steinberg, 2003). A título de exemplo, note-se que habitualmente os itens dos instrumentos que avaliam a promoção da autonomia centram-se na importância e estímulo de comportamentos autónomos e independentes por parte da criança, enquanto os que avaliam o controlo focam se a criança tem oportunidades de lidar com certas situações sem a interferência dos outros. Já os itens que avaliam a

aceitação procuram avaliar atitudes de suporte e responsividade e não de hostilidade e punição (Markus, Lindhout, Boer, Hoogendijk, & Arrindell, 2003). Neste sentido, Field e Cartwright-Hatton (2007) defendem que os estilos parentais mais globais não são variáveis fundamentais para a ansiedade infantil mas epifenómenos, propiciando contextos onde comportamentos específicos geradores de ansiedade ocorrem. Em suma, tem sido realçada a importância de descrever os comportamentos parentais em maior detalhe, alargar o estudo a outras variáveis que não apenas dimensões gerais, e analisar trajectórias específicas de influência da parentalidade na ansiedade infantil através de estudos longitudinais e experimentais.

Em quarto lugar, o recurso a um único informador para medir quer a ansiedade quer as dimensões da parentalidade tem sido considerado uma limitação. Por essa razão, tem sido amplamente recomendada a inclusão nos estudos de **multi-informadores**, nomeadamente de avaliadores independentes, com intuito de reduzir a variabilidade associada ao uso de métodos distintos e aumentar a precisão com que se estima o efeito da associação entre factores parentais e ansiedade infantil (McLeod et al., 2007<sub>b</sub>).

Em quinto lugar, têm sido levantadas questões que remetem para a hipótese de certos comportamentos parentais poderem não só estar mais relacionados com determinados diagnósticos específicos (e.g., Wood et al., 2006), mas também com a **fase de desenvolvimento** da criança. Deve sublinhar-se que muitos estudos recorrem a amostras com amplitudes etárias muito abrangentes (e.g., desde a primeira infância até à adolescência), utilizando muitas vezes crianças e jovens de várias idades num



mesmo estudo sem que sejam comparadas as diferenças entre as várias faixas etárias e de desenvolvimento.

Por último, os estudos mantêm-se inconclusivos relativamente à forma como os estilos parentais e a ansiedade infantil se influenciam entre si. De acordo com vários modelos teóricos, a aquisição e reforço da ansiedade devem ser analisados à luz da **bidirecionalidade** subjacente à interacção entre os pais e a criança. Deste modo, se é possível que os estilos e práticas parentais afectem o comportamento da criança, é igualmente plausível que a ansiedade da criança (e o seu próprio “distress”) aumente a probabilidade dos pais se comportarem de modo controlador ou rejeitante, ao anteciparem ou se confrontarem com o desconforto e ansiedade da criança (e.g., Rapee, 2001). Dito de outro modo, o controlo excessivo e a rejeição parentais poderão constituir, simultaneamente, uma causa da ansiedade infantil, uma resposta às manifestações de ansiedade da criança e/ou uma expressão da própria ansiedade dos pais (Fox et al., 2005; Rapee, 2001; Wood et al., 2003). Alguns estudos longitudinais preliminares mostraram evidências para ambas as trajectórias. Os seus resultados mostraram que o comportamento da criança influenciava a adopção de práticas baseadas no controlo por parte dos pais (Rubin, Nelson, Hastings, & Asendorpf, 1999), assim como as atitudes rejeitantes por parte dos pais se associavam a maior ansiedade numa amostra de adolescentes (Pedersen, 1994). Curiosamente, um estudo realizado por Silverman e colaboradores (2009), no âmbito da avaliação de um programa de intervenção, veio salientar uma vez mais a reciprocidade entre o comportamento dos pais e dos filhos. Este estudo foi desenhado com o intuito de estudar a direcção dos efeitos entre parentalidade e ansiedade infantil, utilizando os resultados de dois grupos de intervenção, um programa cognitivo-comportamental focado na criança e

apenas com intervenção mínima da família e outro semelhante mas com envolvimento parental ativo. Este último incidu sobre a diminuição de comportamentos parentais negativos, do conflito pais-criança e da ansiedade parental. Os resultados não revelaram diferenças significativas entre grupos ao nível da ansiedade nos jovens nem ao nível das variáveis familiares referidas anteriormente, o que parece indicar que quer as intervenções focadas só na criança quer as que incluem a família são igualmente eficazes na redução de factores familiares, desafiando o pressuposto tradicional de que a parentalidade é a causa da ansiedade infantil.

De modo complementar, os estilos parentais podem ainda interagir e potenciar dificuldades associadas às características de temperamento da criança. Num estudo longitudinal de Rubin e colaboradores (2002), as dimensões de suporte e de controlo moderavam a associação entre a inibição comportamental de crianças aos 2 anos (em relação aos seus pares) e os seus níveis de ansiedade dois anos mais tarde. Resumindo, estes resultados apontam para a necessidade de realizar estudos experimentais e longitudinais que esclareçam as direcções destes efeitos, mas também para a necessidade de integrar a influência recíproca entre o comportamento dos pais e das crianças em investigações futuras (Barrett, Fox, & Farrell, 2005; Silverman, Kurtines, Jaccard, & Pina, 2009).

Em suma, podemos concluir que os estilos parentais têm sido operacionalizados e estudados a partir de várias abordagens. O estudo da parentalidade partiu de uma abordagem dimensional que inclui os estilos parentais genéricos, para a necessidade de subdividir estas dimensões em componentes cada vez mais precisas e específicas. No entanto, importa também realçar que estes estilos e comportamentos parentais

têm **efeitos interactivos** entre si, uma vez que as práticas educativas dos pais não ocorrem de forma independente mas sim de forma combinada e integrada num padrão comportamental, afectivo e atitudinal mais abrangente que os caracteriza.

A abordagem tipológica, que iremos abordar com maior detalhe mais adiante, incide na análise de padrões de estilos educativos parentais, representando uma forma possível de captar estes efeitos interactivos entre dimensões de relevo. Considerando que, quer a análise de dimensões independentes, quer a análise tipológica, possuem vantagens e desvantagens, vários autores recomendam a sua utilização de modo complementar, com vista a enriquecer o estudo da parentalidade na sua relação com a ansiedade infantil (ver Mandara, 2003, para uma revisão).

## 2 | **Tipologias parentais** **Uma abordagem macroscópica**

A abordagem tipológica tem assumido um papel importante na investigação dedicada à psicologia da família, assumindo uma perspectiva mais “macroscópica” sobre os estilos parentais (“person-centered approaches”). Sabendo que os pais se comportam de acordo com mais do que uma das dimensões de estilo educativo parental (e.g., um pai pode ser simultaneamente apoiante e controlador dos movimentos do seu filho) e que o posicionamento numa dimensão afecta a manifestação de outra (e.g., se um pai não se envolve no exercício da sua parentalidade, é possível que não demonstre afecto e suporte emocional para com o filho ou que não exerça controlo, supervisão ou monitorização sobre as suas rotinas),

faz sentido analisar o modo como estes estilos se agrupam de acordo com as características de cada progenitor e do contexto em que se inserem (O'Connor, 2006). Por estes motivos, esta é uma abordagem que potencia a validade ecológica, uma vez que analisa a forma como certos estilos e comportamentos parentais são usados naturalmente e em simultâneo nos contextos reais em que as famílias se encontram (Pereira, Canavarro, Cardoso, & Mendonça, 2009).

Apesar das abordagens dimensionais (“variable-centered approaches”) poderem avaliar o contributo independente e específico de cada variável parental no ajustamento da criança (Darling & Steinberg, 1993), a definição de tipologias mais alargadas permite analisar de que modo a interacção entre as dimensões (e.g., rejeição e controlo) e subdimensões (e.g., superprotecção, suporte) parentais se associa à ansiedade infantil e estabelecer comparações entre diferentes tipologias (Frosch & Mangelsdorf, 2001). Assim, devido à sua natureza holística, a análise de tipologias permite aceder a padrões combinados de estilos e práticas parentais a partir do contexto natural em que os pais se inserem (Bergman, Cairns, Nilsson, & Nystedt, 2000; Steinberg et al., 1994).

Nas últimas décadas, as abordagens tipológicas têm desempenhado um importante contributo na área da psicologia da família (Mandara, 2003). A tipologia parental mais influente foi proposta por Dianna Baumrind (1978) e teve o contributo importante de autores como Maccoby e Martin (1983). A partir das interacções de crianças e suas mães, observadas em larga escala pela autora e sua equipa em contextos laboratoriais e naturalistas e ao longo de vários anos, foram realizadas análises factoriais que permitiram extrair duas dimensões parentais principais: a responsividade (i.e., o grau

em que os pais aceitam, apoiam e estão receptivos aos filhos, reconhecendo a sua individualidade e autonomia) e a exigência (i.e., padrões comportamentais e esforços exercidos pelos pais como forma de agirem como agentes socializadores da criança através da aplicação de regras e normas, de supervisão das actividades da criança, da regulação do seu comportamento ou do estabelecimento de expectativas acerca do grau de maturidade previsto para a criança). Assim, estes autores construíram um modelo configuracional baseado numa tipologia que combina estas duas dimensões em quatro padrões parentais de acordo com a maior ou menor presença de cada uma destas dimensões (Maccoby & Martin, 1983; Morris, Cui, & Steinberg, 2013): *a. autoritativo* (elevados níveis de responsividade e exigência), *b. autoritário* (baixa responsividade e elevada exigência), *c. permissivo ou indulgente* (elevada responsividade e baixa exigência), e *d. desinvestido ou negligente* (níveis reduzidos de responsividade e exigência).

A tipologia de Baumrind (1991) foi provavelmente a mais amplamente aplicada a vários contextos e em diversos países. O padrão autoritativo, em que os pais orientam e guiam a criança num contexto afectivo de proximidade e aceitação, tem sido considerado unanimemente como o que promove melhores níveis de ajustamento em vários domínios de funcionamento da criança (e.g., ajustamento emocional, estratégias de coping adaptativas, desempenho académico ou menor tendência para a adopção de comportamentos de risco: Sorkhabi & Mandara, 2012). Por contraste, os padrões permissivo e, principalmente, negligente têm vindo a associar-se a piores níveis de ajustamento em diversas áreas de vida da criança (Maccoby & Martin, 1983). Porém, vários estudos mostraram efeitos distintos consoante o género da criança e os contextos culturais e sociais em que se inserem (e.g., ao contrário do que acontece

com as criança anglo-saxónicas, o estilo autoritário parece promover o auto-controlo e a assertividade em raparigas afro-americanas - Baumrind, 1972 - e a inibição em crianças chinesas; Chen et al., 1998). Note-se que a maior parte da literatura recorreu a amostras de classe média e Euro-americanas (Graham & Weems, 2014; Möller, Majdandžic, Vriends, & Bögels, 2013; Soysa & Weiss, 2014). A própria constituição das tipologias parentais parece variar em função da cultura (e.g., os padrões descritos por Baumrind e colaboradores não reflectem as especificidades culturais de países asiáticos como a China; Chao, 1994).

A maior parte dos estudos que recorreram à tipologia de Baumrind para analisar a sua relação com a *ansiedade* infantil, encontraram uma associação entre o padrão autoritário (i.e., aquele em que os pais têm elevadas expectativas de que a criança seja obediente num contexto pouco afectivo) e as manifestações de ansiedade na infância (e.g., Garcia & Gracia, 2009; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991; Martinez, García, & Yubero, 2007; Steinberg, Lamborn, Dornbusch, & Darling, 1992; Steinberg et al., 1994; Timpano et al., 2011). Por sua vez, a recente meta-análise de Yap e Jorm (2015) não encontrou estudos onde esta associação tivesse sido confirmada. Em contrapartida, alguns estudos que recorreram a medidas de auto-relato com crianças ansiosas, mostraram que o estilo autoritativo, assente em comportamentos que procuram dirigir mas também encorajar e valorizar a independência da criança, se associava a menores níveis de ansiedade infantil (Stark, Humphrey, Crook, & Lewis, 1990; Stark, Humphrey, Laurent, Livingston, & Christopher, 1993). Estes resultados, ainda que nem sempre consistentes entre si, revelam que padrões parentais baseados em níveis equilibrados de suporte e exigência poderão ser protectores em relação à manifestação de ansiedade na infância e adolescência, ao

contrário daqueles em que os níveis de suporte são mais reduzidos. Por sua vez, a dimensão de exigência é caracterizada por diversas formas de controlo, não descrevendo formas mais específicas como a superprotecção, amplamente associada à ansiedade infantil, o que pode ajudar a explicar a inconsistência entre alguns resultados.

De forma mais ou menos semelhante a Baumrind, alguns autores derivaram tipologias a partir da combinação de dimensões contínuas (e.g., Heatherington & Martin, 1986). Parker e colaboradores (1979), por exemplo, desenvolveram uma medida de avaliação com duas dimensões (“responsiveness/care” e “overprotection”), a partir das quais derivaram padrões parentais. Os autores enfatizaram que a interacção e combinação de superprotecção elevada e reduzido suporte (“*affectionless control*”) constituem o padrão parental de comportamento que melhor prediz os problemas de ansiedade<sup>3</sup> (Parker, 1981, 1990; Parker et al., 1979; Silove, Parker, Hadzi-Pavlovic, Manicavasagar, & Blaszczynski, 1991). O autor considera que a falta de suporte por si só não constitui um factor de manutenção da ansiedade a não ser que esteja interligado com outros factores de relevo, como é o caso da superprotecção. No entanto, nem sempre os estudos que recorreram à tipologia de Parker mostraram resultados consistentes (e.g., Silove et al., 1991), o que tem sido atribuído ao facto de não existirem pontos de corte precisos para delimitar níveis elevados de superprotecção e responsividade. Bögels e Brechman-Toussaint (2006) sublinham também que nem sempre estas dimensões se relacionam de forma linear com a

---

<sup>3</sup> Para além deste padrão, os autores encontraram mais quatro: a) “optimal parenting” (elevada responsividade/reduzida superprotecção; b) “affectionate constraint” (responsividade e superprotecção elevadas); c) “neglectful parenting” (responsividade e superprotecção reduzidos); e d) “average” (níveis médios de responsividade e de superprotecção).

ansiedade, propondo que poderá existir uma relação curvilínea entre a ansiedade infantil e o excesso ou falta de controlo e/ou excesso ou falta de suporte emocional.

A investigação dedicada às tipologias parentais tem utilizado como medidas de *avaliação* questionários de auto-relato respondidos pelos pais (e.g. Solantaus, Leinonen, & Punamaki, 2004) e pelas crianças e adolescentes (e.g., Wen & Hui, 2012; Steinberg, Mounts, Lamborn, & Dornbusch, 1991; Steinberg, 2001), mas também a observação directa de práticas parentais a partir das interacções com a criança (Baumrind, 1971, 1978).

Por último, importa realçar que a abordagem tipológica apresenta igualmente algumas *desvantagens ou limitações*. Em primeiro lugar, quando na construção de tipologias não existirem pontos de corte para avaliar com exactidão se uma determinada dimensão (e.g., controlo) apresenta níveis elevados, moderados ou reduzidos dentro da tipologia correspondente, os resultados são influenciados pela interpretação do investigador (Chan & Koo, 2011; Wen & Hui 2012). Em segundo lugar, a abordagem tipológica frequentemente ignora as características da criança e dos contextos em mudança que podem influenciar a eficácia de um determinado comportamento parental num momento concreto, correndo o risco de se afastar dos modelos transaccionais, ecológicos e sistémicos (Grusec & Ungerer, 2003; Parke, 2002; Rodrigo & Palacios, 1998). Em terceiro lugar, esta análise ignora a variabilidade dimensional subjacente a cada tipologia (Barber & Xia, 2013). Por fim, esta perspectiva multidimensional caracteriza padrões globais, não possibilitando diferenciar quais as cognições e os comportamentos parentais específicos que contribuem para o desenvolvimento da criança. Por estes motivos, vários investigadores (e.g., Wen & Hui,



2012; Leung & Lee, 2012) têm recomendado que as abordagens tipológica e dimensional possam ser utilizadas de modo complementar, uma vez que ambas apresentam características que, mais do que opostas, parecem ser compatíveis na procura de aspectos-chave para a caracterização da parentalidade e dos seus efeitos no bem-estar e ajustamento da criança.

### 3 | Comportamentos específicos

#### Uma abordagem microscópica

Apesar dos conceitos de estilo educativo parental e de práticas educativas parentais serem usados frequentemente como sinónimos, é importante realçar que eles possuem significados distintos e representam igualmente níveis de análise diferentes. Ao contrário dos estilos que se referem a constelações de atitudes face à criança e a climas relacionais mais gerais num vasto leque de interacções pais-criança como já referimos anteriormente, as **práticas parentais** assumem-se como comportamentos discretos, observáveis e específicos (e.g., elogiar, punir, reforçar, dar feedback, reflectir em conjunto com a criança, regular o seu comportamento), orientados por objectivos de socialização particulares através dos quais os pais cumprem as suas responsabilidades parentais em determinados contextos específicos (Darling & Steinberg, 1993). Assim, enquanto as práticas parentais educativas se referem àquilo que os pais fazem, os estilos parentais determinam o modo como o fazem (Patrick, Hennessy, McSpadden, & April, 2013). Estas práticas educativas ou de socialização que incluem não só alguns *comportamentos* parentais que revelam a

resposta e reacção ao comportamento da criança, como também *estratégias* e técnicas que os pais utilizam para orientar e lidar com o comportamento dos seus filhos (Darling & Steinberg, 1993; Rodrigo, Janssens, & Ceballos, 1999). A literatura nesta área que tem analisado práticas e comportamentos tem-se dedicado a analisar constelações de comportamentos transversais a vários contextos (e.g., promoção de autonomia em geral), mas tende progressivamente a valorizar a importância de compreender domínios e comportamentos específicos que surgem em certas situações (e.g., reforçar atitudes de evitamento por parte da criança quando está com medo).

Devido às questões e limitações teóricas e metodológicas apresentadas anteriormente, diversos autores têm proposto um enfoque em comportamentos mais precisos no estudo da parentalidade na ansiedade infantil (McLeod et al., 2007<sub>b</sub>; Wood et al., 2003). Consequentemente têm sido levados a cabo esforços no sentido de adoptar uma visão mais “microscópica” e com maior especificidade a nível teórico, de modo a compreender o contributo que certas práticas e comportamentos parentais particulares desempenham na aquisição e manutenção de problemas de ansiedade (McLeod, Wood, & Avney, 2011). Frequentemente as práticas parentais específicas podem ser avaliadas em termos de conteúdos e frequência do comportamento, e operacionalizadas em diferentes níveis consoante os objectivos de investigação. Nos últimos anos, vários estudos observacionais têm encontrado associações mais ou menos fortes entre a ansiedade infantil e diversos comportamentos específicos dos pais (e.g., Gar & Hudson, 2008; Hudson & Rapee, 2001; Moore, Whaley, & Sigman, 2004). Paralelamente, estudos longitudinais e experimentais têm sido cada vez mais utilizados com intuito de explicar a direcção destes efeitos (e.g., De Rosnay, Cooper, Tsigaras, & Murray, 2006; Gerull & Rapee, 2002; Murray et al., 2008). Analisemos

exemplos de comportamentos com maior destaque na literatura, assim como o seu enquadramento teórico e as evidências empíricas que os suportam.

### 3.1. | Envolvimento excessivo

Esta tem sido das dimensões mais estudadas na área da parentalidade na ansiedade infantil. Esta forma de controlo ou envolvimento parental excessivos possui duas componentes principais e que estão interligadas entre si: a *superprotecção* - regulação excessiva dos comportamentos da criança com intuito primordial de proteger a criança de eventuais perigos ou mal-estar, estando esta dimensão associada a uma relevante componente cognitiva e emocional; e a *intrusividade* – envolvimento excessivo exercido muitas vezes de forma não-solicitada e invasiva por parte dos pais através de comandos, ordens e direccionamento rígido do comportamento da criança (Lindhout, Markus, & Boer, 1995).

Em resumo, o envolvimento excessivo constitui uma subdimensão do controlo parental (Isapa et al., 2004; McLeod et al., 2007<sup>b</sup>)<sup>4</sup> e caracteriza os pais que agem de forma superprotectora e intrusiva sobre as actividades em que a criança se envolve e que impõem um funcionamento imaturo e dependente aos filhos, desproporcional ao nível de desenvolvimento da criança (e.g., Wood, 2006). Comportamentos típicos de pais super-envolvidos de crianças em idade escolar (7-12 anos) incluem comportamentos específicos como: a) fornecer assistência excessiva à criança em

---

<sup>4</sup> Na literatura tem assumido mais frequentemente a designação de “overinvolvement”, “overprotection” ou “overcontrol”.

actividades e rotinas diárias<sup>5</sup> (e.g., vestir-se, realizar tarefas escolares); b) infantilizar o comportamento da criança (e.g., afectividade exagerada, uso de vocabulário infantis); ou c) invasão de privacidade (e.g., entrar no quarto sem bater, controlar excessivamente o telemóvel, redes sociais e pesquisas na internet da criança) (Hudson & Rapee, 2001).

Tal como já abordado em relação ao controlo enquanto constructo mais geral, o envolvimento parental excessivo pode contribuir para o surgimento e manutenção de ansiedade na criança, potenciando o desenvolvimento de vulnerabilidades cognitivas (e.g., baixa percepção de auto-eficácia e de controlo sobre o ambiente, que dificultam a capacidade da criança regular a sua ansiedade (e.g., Bandura, 1997; Chorpita, 2001; Muris, 2002) e comprometendo a aprendizagem de estratégias de *coping* adaptadas. Sempre que os pais se sobrepõem à criança, não permitem que ela enfrente as situações com que se depara (Krohne & Hock, 1991) e não lhe dão oportunidade de extinguir os seus medos através da exposição aos mesmos (e.g., Rubin, Hastings, Stewart, Henderson, & Chen, 1997). A diminuição do envolvimento parental excessivo, através de intervenções que incluam os pais, poderá constituir um mecanismo de mudança da trajectória da ansiedade ao permitir que a criança aja de forma autónoma e confronte as situações receadas. Os pais estarão assim a reduzir o impacto deste factor de manutenção do problema e a contribuir activamente para a sua melhoria (Wood, Piacentini, Southa-Gerow, Chu, & Sigman, 2006).

---

<sup>5</sup> Apesar da intrusividade e da responsividade parental poderem ser difíceis de distinguir visto ambas incluírem o envolvimento dos pais nas actividades dos filhos, importa salientar que esta última refere-se a casos em que a criança de facto necessita do apoio dos pais para realizar ou enfrentar uma determinada situação desafiante (e.g., Maccoby, 1992), enquanto a primeira refere-se à imposição dos pais sobre os filhos em situações em que estes poderiam funcionar de forma independente, estando associada a uma percepção da criança como incapaz ou frágil.

Este conceito tem sido *avaliado* através de alguns instrumentos de auto-relato (e.g., dimensão de controlo medido pela Escala de Protecção parental - Thomasgard, Metz, Edelbrock, & Shonkoff, 1995; a dimensão de superprotecção da Escala de Ansiedade e Superprotecção Parental - Pereira & Barros, 2010; o questionário Parental Overprotection Measure - Edwards et al., citado por Clarke, Cooper, & Creswell, 2013) - que avalia estilos e práticas centrados na superprotecção ou controlo parental). Na maior parte dos estudos, porém, os autores optam por analisar o envolvimento excessivo e conceitos relacionados (e.g. superprotecção) através de sistemas de codificação de observações de interacção com a criança (e.g., preparação de um discurso: Hudson & Rapee, 2001) ou centradas nos próprios pais (e.g., *Five Minute Speech Sample*: Magana, Goldstein, Karno, & Miklowitz, 1986).

Como já foi referido, o papel do controlo parental foi amplamente estudado e validado por meta-análises que encontraram efeitos principalmente em estudos com desenho observacional. Contudo, outros desenhos de investigação têm permitido aprofundar o conhecimento da direcção desses efeitos. Num estudo experimental, Wilde e Rapee (2008) dividiram aleatoriamente 23 mães de crianças (7-13 anos) por duas condições, manipulando o nível de controlo (excessivo e mínimo) utilizado na preparação de um discurso com os filhos. Os resultados mostram que as crianças cujas mães agiram de forma mais controladora evidenciaram maiores manifestações de ansiedade durante a tarefa. Por sua vez, um estudo longitudinal com uma amostra alargada analisou as interacções entre 290 crianças e suas mães, ao longo de vários anos, desde que a criança tinha 2 anos de idade até aos 10 (Feng, Shaw, & Silk, 2008). Os resultados revelaram a existência de quatro trajectórias desenvolvimentais com base nos níveis iniciais de ansiedade infantil: 1) reduzido, 2) reduzido com tendência a

aumentar, 3) elevado com tendência a diminuir e 4) elevado com tendência a aumentar. De acordo com as conclusões dos autores, os factores associados ao temperamento da criança explicavam sintomas iniciais de ansiedade, enquanto níveis iniciais de controlo materno se associavam ao aumento da ansiedade no segundo e quarto grupos. Foi precisamente neste último grupo que as crianças apresentaram maior risco para desenvolverem uma perturbação de ansiedade (entre os 9 e 11 anos). Neste estudo, fica patente o contributo do controlo parental no desenvolvimento e agudização da ansiedade na infância.

### 3.2. | Promoção da autonomia

A subdimensão do controlo - promoção da autonomia - descreve comportamentos parentais como: a) fomento e aceitação de tomadas de decisão por parte da criança; b) integração da opinião da criança de forma independente nos diversos temas (Clark & Ladd, 2000); c) solicitação activa da participação da criança na discussão e resolução de problemas; e d) encorajamento de comportamentos promotores da independência por parte da criança face aos outros (Yap & Jorm, 2015). Segundo os modelos teóricos, estes comportamentos contribuem para que a criança sinta que controla e tem recursos para lidar com situações do ambiente e, por conseguinte, protegem-na de problemas de ansiedade (Burns, Anstey, & Windsor, 2011; Chorpita & Barlow, 1998). No sentido contrário, pais que não encorajam a criança a tomar decisões e a agir de forma independente reforçam atitudes de dependência e diminuem a sua sensação de auto-eficácia e, em consequência, promovem, de forma indirecta, percepções de baixo controlo sobre o ambiente. Porém, os estudos que estudaram esta relação de

mediação apresentam resultados inconclusivos (Chorpita, Brown, & Barlow, 1998; McGinn, Cukor, & Sanderson, 2005; Nanda, Kotchick, & Grover, 2012; Rekart, Mineka, Zinbarg, & Griffith, 2007).

A *avaliação* da promoção da autonomia tem sido feita quer através de medidas de auto-relato (e.g., subescala de autonomia do *Parental Bonding Instrument*: Parker et al., 1979; *Mother-Father-Peer Inventory*: Epstein, 1983), quer de sistemas de codificação de observação estruturados (e.g., Barrett et al., 2000) ou não estruturados (Ginsburg & Grover, 2007).

As meta-análises que analisaram a associação entre a promoção de autonomia e a ansiedade infantil, que integraram estudos quer com amostras comunitárias quer clínicas, encontraram associações significativas moderadas entre esta subdimensão e a ansiedade infantil (McLeod et al. 2007<sub>b</sub>; van der Bruggen et al. 2008). Por esta razão, esta dimensão específica tem sido cada vez mais incluída em programas de intervenção de prevenção da ansiedade (e.g., Ginsburg, 2009) e de problemas de internalização em geral (Luthar, Suchman, & Altomare, 2007).

### 3.3. | Afecto positivo

O afecto positivo descreve comportamentos parentais positivos para com a criança, nomeadamente: a) demonstrações de afecto e aceitação; b) manifestação de interesse e envolvimento parental nas actividades das crianças; e c) expressões verbais e não-verbais de afecto e suporte (e.g., sorrir, elogiar, tocar) (Drake & Ginsburg, 2011; Yap & Jorm, 2015).

O afecto positivo tem sido avaliado por meio de questionários (e.g., escala de parentalidade positiva do *Parenting Behaviour Inventory*: Lovejoy, Weis, O'Hare, & Rubin, 1999) e da análise directa de comportamentos parentais baseados no afecto, envolvimento positivo, suporte, entre outros (e.g., Drake & Ginsburg, 2012).

Os resultados de meta-análises em que esta dimensão foi incluída apresentam valores de variância explicada relativamente baixos (McLeod et al., 2007<sub>b</sub>; Yap & Storm, 2015). Apesar de não exercer um contributo de relevo no desenvolvimento e manutenção dos problemas de ansiedade, existem algumas evidências de que a sua inclusão em programas preventivos dirigidos a problemas de internalização diminui a ocorrência destes problemas a longo-prazo (Zhou, Sandler, Millsap, Wolchik, & Dawson-McClure, 2008). Vários autores consideram que esta dimensão da parentalidade exerce um efeito de protecção indirecto da ansiedade através da sua combinação com outros factores (e.g., promoção parental da autonomia, regulação emocional da criança, relação com os pares; Allen, Porter, McFarland, McElhaney, & Marsh, 2007; Yap, Allen, & Sheeber, 2007). Por sua vez, como vimos anteriormente, níveis de afecto reduzidos combinados com dimensões de risco como o controlo excessivo (“*affectionless control*”) poderão potenciar a ocorrência de problemas de internalização (e.g., Bögels & Brechman-Toussaint, 2006).

### 3.4. | Afecto negativo

O afecto negativo é a subdimensão da rejeição que remete para práticas baseadas na hostilidade parental para com a criança (e.g., negatividade, criticismo, punição, conflito, desvalorização da criança e dos seus sentimentos).



Esta dimensão tem sido avaliada através de medidas de auto-relato (e.g., escala de parentalidade negativa do *Parenting Behavior Inventory*: Lovejoy, Weis, O'Hare, & Rubin, 1999; subescala de conflito do *Self-report Measure of Family Functioning*: Bloom, 1985), mas principalmente de sistemas de codificação de observações mais ou menos estruturados (e.g., criticismo na *Five Minutes Speech Sample Expressed Emotion*: Magana, Goldstein, Karno, & Miklowitz, 1986).

Vários estudos observacionais têm procurado operacionalizar as dimensões associadas a atitudes negativas dos pais em relação à criança ansiosa. Em geral, os resultados apontam para associações positivas entre comportamentos em que há explicitamente manifestações de criticismo, por exemplo, e a ansiedade infantil (Hudson & Rapee, 2001; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Sigueland, Kendall, & Steinberg, 1996; Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). Na meta-análise de McLeod e colaboradores, o afecto negativo ("aversiveness"), medido separadamente em relação ao não-envolvimento ("withdrawal") e ao suporte/afecto positivo ("warmth"), obteve efeitos moderados na variância explicada da ansiedade ( $r = .23$ ).

### 3.5. | Não-envolvimento

Esta dimensão descreve comportamentos parentais como: a) afastamento; b) reduzido envolvimento, interferência ou participação dos pais em tarefas e situações de interacção com a criança; c) falta de interesse pelas actividades realizadas pela criança; e d) falta de reciprocidade, disponibilidade e suporte relativamente à criança (Yap & Jorm, 2015).

Esta dimensão pode ser avaliada através de instrumentos de auto-relato (e.g., escala de não-envolvimento do *Iowa Youth and Families Project*: Conger et al., 1992) e de observações (e.g., *Macro-coding Schedule for Parents and Child Behaviours*: Barrett, Shortt, Healy & Hartmann, não publicado).

No seu estudo de meta-análise, McLeod et al., (2007<sub>b</sub>) verificaram que esta dimensão obteve efeitos moderados na explicação da ansiedade infantil ( $r = .22$ ). Recentemente, Yap e Jorm (2015) não conseguiram calcular os efeitos devido à escassez de estudos, sublinhando a importância de incluir esta variável em futuros estudos.

### 3.6. | Transmissão de ansiedade e de informação ansiógena

O estudo dos mecanismos de aprendizagem e transmissão da ansiedade através da modelagem, reforço da ansiedade e comunicação de informação<sup>6</sup> (ver Fisak & Grills-Tachequel, 2007) tem suscitado o interesse dos investigadores nas últimas décadas. A elevada prevalência intra-familiar da ansiedade demonstrada pelos estudos epidemiológicos (Klein & Last, 1989) e a constatação empírica e clínica de que crianças mais expostas a manifestações ansiosas dos pais tendem a ter maiores níveis de ansiedade (Grüner, Muris, & Merckelbach, 1999; Muris, Steerneman, Merckelbach, & Meesters, 1996) ajudam a explicar o enfoque que estas dimensões tem recebido nos últimos anos. Entre os comportamentos parentais passíveis de ser aprendidos pela criança, destacam-se: a) as verbalizações associadas à percepção de perigo; b) o

---

<sup>6</sup> Estes mecanismos ocorrem também noutros contextos e partir de outras fontes (e.g., escolar, social, novas tecnologias). Porém, aqui focamos o papel dos pais enquanto figuras mais próximas e de referência para a criança ao longo da infância.

encorajamento (ou reforço) de interpretações catastróficas acerca do problema; c) o impedimento ou desencorajamento do recurso a estratégias de coping adaptativas por parte da criança (Capps & Ochs, 1995; Whaley et al., 1999; Wood et al., 2003); ou d) a expressão de cognições, emoções e comportamentos (e.g., evitamento) reveladores de ansiedade parental (Drake & Ginsburg, 2012).

A compreensão destes mecanismos tem-se baseado no processo da *referenciação social*, segundo o qual a criança se baseia na interpretação que faz das respostas emocionais dos pais para orientar o seu comportamento (ver Murray, Cooper, Creswell, Schofield, & Sack, 2007; De Rosnay et al., 2006); nas teorias da *aprendizagem social* de Bandura, segundo a qual a criança apreende o medo por meio da replicação dos comportamentos ansiosos dos pais (e.g., expressões verbais ou não-verbais de medo, respostas de evitamento); e da *teoria de Rachman*, segundo a qual os medos são adquiridos através de três processos: (a) condicionamento clássico (e.g., ficar fechado no elevador)<sup>7</sup>; (b) por modelagem ou aprendizagem vicariante (e.g., observar um familiar a reagir de forma ansiosa ao ficar fechado dentro de um elevador; e/ou; (c) por transmissão verbal de informação negativa por parte dos pais ou de outras fontes (e.g., ser advertido dos perigos de se ficar fechado dentro de um elevador) (King, Gullone, & Ollendick, 1998).

Os pais comunicam informações e respostas aos seus filhos, quer verbal quer não-verbalmente (Micco & Ehrenreich, 2010), promovendo a ocorrência de enviesamentos de atenção, interpretação e memória (Field, 2006). Todavia, este mecanismo por si só pode não ser suficiente para adquirir medo e problemas de ansiedade, sendo

---

<sup>7</sup> Refere-se à associação de um acontecimento aversivo com uma situação neutra, que proporciona que essa situação por si só desencadeie respostas de ansiedade.

potenciado pela sua interacção com outros factores (Fisak & Tachequel, 2007). Note-se, por exemplo, que crianças com maior vulnerabilidade de base (e.g., traço de inibição comportamental) poderão ser mais susceptíveis à influência do ambiente em geral, e destes comportamentos de risco, em particular (e.g., observar e aprender a evitar situações sociais através dos pais; Rapee, 2002). Consequentemente, aumenta igualmente o risco de desenvolvimento de crenças associadas à inexistência de estratégias eficazes para lidar com os problemas (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001; Whaley et al., 1999).

No que concerne à *avaliação* destes constructos, os estudos nesta área têm recorrido quer a medidas de auto-relato para inferir efeito de modelagem (e.g., dimensão de preocupação parental do *Parent Worry Measure* – PWM; Fisak Holderfield, Douglas-Osborn, & Cartwright-Hatton, 2012) quer a observação directa (e.g., codificação de comportamento de castastrofização; Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996). Alguns questionários pedem aos pais para se imaginarem em situações hipotéticas, perguntando-lhes como se comportariam caso a criança ficasse ansiosa em certas situações, como é o caso do *Child Development Questionnaire* (Zabin & Melamed, 1980) e avaliando diversos comportamentos (e.g., reforçar da dependência, punir, forçar o confronto, encorajar/modelar atitudes de confronto, reforço positivo), de forma mais rápida e acessível comparativamente às observações. As principais desvantagens deste tipo de medidas é que podem também conduzir a respostas socialmente desejáveis e são baseadas em situações possíveis e não reais e que são avaliadas “a frio” (i.e., ausência de activação emocional), pelo que se torna difícil generalizar os seus resultados.

Os estudos observacionais recolheram *evidências* da associação entre modelagem e transferência de informação e ansiedade infantil em amostras comunitárias (ver Field & Purkis, 2011) e clínicas (e.g., Barrett et al., 1996; Dadds & Barrett, 1996). Recentemente, têm sido levados a cabo estudos longitudinais (ver Murray et al., 2008; De Rosnay et al., 2006) e experimentais<sup>8</sup> que demonstram que a exposição a respostas ansiógenas por parte dos pais a certos estímulos novos ou a informação transmitida verbalmente prediz o comportamento ansioso por parte das crianças (e.g., Gerull & Rapee, 2002). Apesar do efeito de modelagem não ter surgido nos estudos incluídos na meta-análise de Yap e Jorm (2015), vários estudos transversais mostraram a sua influência na ansiedade infantil, especialmente no caso dos estudos que recorrem a observadores independentes (i.e., 23% da variância explicada da ansiedade infantil). Estudos preliminares sugerem ainda que estes mecanismos de aprendizagem medeiam e/ou moderam a relação entre estilos e comportamentos parentais (e.g., estilos punitivos e negligentes) e a ansiedade infantil (Evans & Field, 2007; Field, Ball, Kawycz, & Moore, 2007) e se interligam de forma dinâmica e bidireccional.

Por fim, uma recente revisão sistemática da literatura dedicada ao estudo da associação entre ansiedade infantil e da comunicação verbal de informação por parte dos pais, especialmente aquela que inclui expressões potencialmente geradoras ou reforçadoras do medo (e.g., interpretações de ameaça), analisou 15 estudos observacionais (Percy, Creswell, Garner, O'Brien, & Murray, 2015). Os autores concluíram que existe evidência da associação entre certas expressões parentais e a ansiedade das crianças em determinadas circunstâncias. Porém, a enorme

---

<sup>8</sup> O procedimento adoptado pelos estudos experimentais habitualmente consiste em analisar o estado emocional inicial da criança, expô-la em seguida a respostas afectivas dos pais ou a estímulos associados a informação verbal, e reavaliar o estado emocional da criança logo após a tarefa de observação e passado pouco tempo desta ter ocorrido (McLeod et al., 2011).

variabilidade metodológica marcada por diferentes aspectos analisados, por contextos distintos em que a comunicação ocorreu, por diferentes formas de medir a ansiedade da criança e pela inconsistência na análise de moderadores da associação entre comunicação verbal e ansiedade infantil, limitaram a derivação de conclusões fiáveis.

Apesar de a literatura salientar o papel da aprendizagem vicariante em relação a comportamentos promotores de ansiedade, mais recentemente alguns estudos têm vindo a estudar o papel dos pais na modelagem de respostas de confronto para lidar com a ansiedade (*coping*) e transmissão de informação enquanto factores de protecção ou melhoria da ansiedade (e.g., Egliston & Rapee, 2007).

### 3.7. | Reforço à aproximação e ao confronto

Esta dimensão, que tem recebido mais atenção recentemente, corresponde aos comportamentos de encorajamento exercidos pelos pais para que a criança ultrapasse os seus próprios limites e enfrente as situações receadas<sup>9</sup> (Lazarus et al., 2016). Segundo teorizado por Bögels e Phares (2008), estas práticas poderão ser protectoras e diminuir o risco de surgimento de ansiedade nas crianças. Lazarus et al., (2016) concluíram, num estudo recente, que comportamentos de confronto com o medo se associavam a menores níveis de ansiedade. Por sua vez, Silk et al. (2013) demonstraram que pais de crianças ansiosas que encorajem menos os seus filhos a confrontarem-se com situações potencialmente ameaçadoras comparadas com grupos de controlo. Aprofundar melhor o conhecimento sobre esta dimensão releva-se assim fundamental

---

<sup>9</sup> Este comportamento deve distinguir-se de comportamentos de exposição por imersão em que os pais procuram pressionar ou forçar a criança a enfrentar as situações receadas.

uma vez que o evitamento é um dos principais factores de manutenção das PA, assim como um alvo fundamental das terapias cognitivo-comportamentais para a ansiedade (Barrett et al., 1996; Silverman & Kurtines, 1996).

Em suma, vários autores têm sugerido que sejam identificados comportamentos parentais associados quer à transmissão quer à manutenção da ansiedade de pais para filhos e vice-versa (Field, Lawson, & Banerjee, 2008; Murray, Cooper, Creswell, Schofield, & Sack, 2007). Ao contrário dos estilos parentais, estes comportamentos são frequentemente avaliados através de medidas observacionais ou medidas de auto-retrato delimitadas no tempo (e.g., registos de automonitorização diários: Repetti, 1996). Os métodos observacionais possuem vantagens importantes a ter em conta na avaliação de comportamentos específicos, nomeadamente, serem mais objectivos, avaliarem determinantes situacionais da parentalidade, e poderem aceder a relações de reciprocidade entre pais e criança (Burbach & Borduin, 1986). No entanto, os estudos que recorrem a desenhos observacionais têm recebido também algumas críticas devido a várias desvantagens que possuem. Por exemplo, muitos autores procuram inferir estilos parentais mais globais através da análise de comportamentos específicos durante as tarefas de interacção, sendo esta derivação arriscada e reducionista visto não permitir abarcar a natureza complexa da relação pais-filhos (Power et al., 2013). Neste sentido, observar os comportamentos discretos e “descontextualizados” não permite conhecer as cognições, crenças, valores e atitudes parentais que lhes estão subjacentes, podendo conduzir facilmente a erros de interpretação por parte do investigador. O próprio *setting* “laboratorial” em que

decorrem os estudos pode influenciar o comportamento dos pais, levando a comportamentos socialmente desejáveis ou “pouco naturais”.

## 4 | Parentalidade e ansiedade parental

### A ansiedade “em família”

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem-se revelado eficaz na redução da ansiedade em crianças (55-60%). No entanto, muitas crianças continuam a apresentar dificuldades significativas após o tratamento (e.g., Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004; James, James, Soler, & Choke, 2013). Vários estudos têm evidenciado que os sintomas de ansiedade parental, nomeadamente em casos em que os pais também têm diagnóstico de PA, podem ter uma influência na eficácia das intervenções dirigidas à ansiedade infantil (e.g., Berman, Weems, Silverman, & Kurtines, 2000; Bodden et al., 2008<sub>a</sub>; Cobham, Dadds, & Spence, 1998; Cooper, Gallop, Willetts, & Creswell, 2008; Crawford, & Manassis, 2001; Dadds, Spence, Holland, Barrett, & Laurens, 1997; Dadds et al., 1999; Hudson et al., 2013; Rapee et al., 2009; Silverman, Kurtines, Pina, & Jaccard, 2009), o que é frequente suceder em contexto clínico devido à elevada coexistência familiar deste problema (e.g., Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook, & Parkinson, 2006; Last, Hersen, Kazdin, Francis, & Grubb, 1987). Todavia, os mecanismos através dos quais a ansiedade parental se associa à ansiedade dos filhos e à eficácia dos tratamentos ainda não são claros. Pensa-se que a ansiedade parental per se pode não interferir directamente no processo de intervenção mas, acima de tudo, contribuir para a manutenção de padrões de interacção disfuncionais que surgem no contexto familiar quando existe



ansiedade parental elevada (Breinholst, Esbjørn, Reinholdt-Dunne, & Stallard, 2012; Settapani, O’Neil, Podell, Beidas, & Kendall, 2013), assim como para a existência de crenças parentais que podem dificultar o processo de adesão dos pais à intervenção (Pereira et al., 2015). Por essa razão, os autores sugerem que se caracterize melhor a forma como pais ansiosos e não ansiosos respondem aos filhos ansiosos, de modo a compreender melhor os processos que afectam negativa ou positivamente a intervenção (Apetroia, Hill, & Creswell, 2015).

Se os comportamentos parentais correspondem a um dos mecanismos de promoção e transmissão intergeracional de ansiedade nas crianças, é também expectável que as manifestações de ansiedade parental possam, elas próprias, influenciar a criança. Esta influência pode ocorrer de forma directa, através da observação de comportamentos promotores de ansiedade e evitamento ou de transmissão de informação geradora de ansiedade, ou indirecta, através de práticas parentais negativas. De acordo com os modelos teóricos, a ansiedade parental compromete as competências e estratégias de *coping* adaptativas dos pais, conduzindo a comportamentos parentais promotores de ansiedade infantil (e.g., Chorpita & Barlow, 1998; Ginsburg & Schlossberg, 2002; Rapee, 1997). A ansiedade que os próprios pais sentem pode influenciar o desenvolvimento e manutenção da ansiedade dos filhos ao aumentarem a probabilidade de ocorrência de certos comportamentos parentais e processos de influência, referidos anteriormente: a) modelagem e reforço do evitamento; b) transmissão de informação geradora de ansiedade; e c) estilos e práticas parentais negativas (e.g., rejeição e controlo excessivo). Analisemos com maior detalhe cada um deles.

Por um lado, considera-se que pais ansiosos apresentam maior probabilidade de influenciar os seus filhos através da **modelagem** das suas cognições, emoções e comportamentos. Deste modo, pais ansiosos poderão ser repetidamente observados pelas crianças (e até encorajá-las a verbalizar cognições de vulnerabilidade, perigo e baixo controlo, abordadas mais adiante), a exibir expressões de ansiedade, a catastrofizar e a adoptar estratégias desadaptativas para lidar com as situações receadas, entre as quais, respostas de evitamento (Creswell, Murray, Stacey, & Cooper, 2011; Gerull & Rapee, 2002; Wood et al., 2003). De entre os estudos que procuraram corroborar esta hipótese, destacamos o estudo longitudinal de Murray e colaboradores (2007). Foram observadas interações entre bebés de 10 semanas e as respectivas mães ao longo de duas tarefas, uma de interacção cara-a-cara e outra de conversa com um estranho. A amostra foi repartida em três grupos, de acordo com o diagnóstico de ansiedade materna (i.e., ansiedade social, ansiedade generalizada e sem PA). Apesar de as mães com ansiedade social se mostraram tão sensíveis no contacto com os filhos quanto as mães da condição de controlo, manifestaram significativamente mais ansiedade, interagiram menos com a pessoa desconhecida e encorajaram menos os seus filhos a interagirem com a mesma. Estas diferenças não se registaram em relação ao grupo de mães com ansiedade generalizada, o que parece apontar para especificidades comportamentais associadas ao diagnóstico e ao tipo de tarefa de observação. Além disso, a expressão materna de ansiedade social foi preditora de comportamentos de evitamento por parte dos filhos face a estranhos anos mais tarde. Estudos como este poderão ajudar a clarificar o contributo potencial que a observação de comportamentos de pais ansiosos tem no comportamento das crianças.

Por sua vez, a comunicação verbal ou **transmissão de informação** geradora de ansiedade por parte dos pais tem sido igualmente apontada como uma fonte de influência potencial no desenvolvimento e reforço de respostas ansiosas nos filhos. Os estudos nesta área demonstram que mães ansiosas tendem a manifestar mais interpretações de ameaça, tendência para a catastrofização e para manifestar enviesamentos de atenção (e.g., Lester, Field, & Cartwright-Hatton, 2012). Por exemplo, num estudo de Moore et al. (2004) foram analisadas três tarefas de discussão em quatro grupos crianças/jovens (7-15 anos) e suas mães, formados a partir da presença ou ausência de PA nas crianças e nas mães. Os resultados mostram que as mães ansiosas tendiam a catastrofizar, assim como as mães de crianças ansiosas, apontando para o facto de as expressões de catastrofização poderem surgir em respostas à ansiedade da criança mas também como uma manifestação da própria ansiedade materna, podendo também aumentar a probabilidade de serem modeladas por parte da criança. Também o estudo longitudinal de Murray et al. (2008), recorrendo ao paradigma da referenciação social, analisou como é que bebés, filhos de mães com e sem ansiedade social, interagem com uma pessoa estranha, após terem observado a sua mãe na mesma situação aos 10 e aos 14 meses. Os resultados mostraram que os filhos de mães ansiosas evitavam a pessoa desconhecida, em particular nos casos em que as crianças tinham inibição comportamental, o que nos remete para um possível efeito de modelagem destes comportamentos. Verificou-se também que as expressões de ansiedade maternas e o fraco encorajamento à aproximação predizem comportamentos de evitamento nas crianças. Estas crianças foram analisadas mais tarde, aos 5 anos, num estudo com desenho narrativo e em contexto naturalista a partir de uma situação relacionada com um desafio social (i.e.,

começo das aulas). Os resultados mostraram que, independentemente dos níveis de inibição comportamental iniciais, as crianças ansiosas socialmente evidenciavam mais cognições ansiogénas (e.g., atribuições de ameaça), em comparação com as não-ansiosas.

Por fim, no que concerne aos **estilos e práticas parentais**, tem sido sugerido que pais ansiosos tendem a interpretar situações desafiantes para a criança como uma ameaça ou perigo, o que poderá conduzir à necessidade de exercer controlo e proteger os filhos, mas também à promoção de atitudes baseadas no evitamento e no criticismo (Wood, 2006; Woodruff-Borden et al., 2002). Ginsburg e colaboradores (2006) concluíram que o *criticismo* varia em função de algumas variáveis moderadoras, donde se destaca o tipo de tarefa. Apesar de mães ansiosas e não ansiosas tenderem a ser mais críticas em tarefas estruturadas, as mães ansiosas eram-no de forma transversal, especialmente em tarefas de exposição social e com tempo limitado.

Todavia, apesar de alguns estudos mostrarem que a ansiedade parental se associa a maior negatividade e reduzida promoção da autonomia (Whaley et al., 1999), nem todos encontraram estas associações (Ginsburg et al., 2004; Turner et al., 2003; Woodruff-Borden et al., 2002). Na meta-análise de McLeod et al. (2007<sub>b</sub>), cinco em sete estudos não corroboraram a existência desta associação (Ginsburg et al., 2006; Moore et al., 2004; Turner et al., 2003). Por sua vez, van der Bruggen et al., (2008) estenderam a sua meta-análise dedicada à associação entre a ansiedade infantil e o *controlo parental*, ao contributo da ansiedade dos pais no exercício deste controlo ( $N = 11$ ). Consistentemente com o que havia sido encontrado em meta-análises anteriores, a associação entre controlo parental e ansiedade infantil apresentou um efeito

moderado ( $d = .58$ ), o mesmo não se verificando em relação à associação entre ansiedade parental e controlo ( $d = .08$ ). Note-se que apesar dos efeitos serem tendencialmente pequenos, nos estudos que incluíram crianças em idade escolar, tarefas com discussão entre pais e filhos e amostras com mais rapazes, esta relação surgiu de forma significativa, chamando a atenção para a importância de considerar factores moderadores na abordagem a esta temática. Os autores levantam várias hipóteses para estes resultados nomeadamente: [a] os estudos não terem conseguido induzir ansiedade nos pais durante as tarefas (independentemente de terem apresentado resultados elevados nos questionários que avaliavam a ansiedade-traço); [b] a possibilidade dos pais poderem agir não só de forma mais controladora mas também de forma oposta, nomeadamente evitando confrontar-se com a reacção da criança ou afastando-se da situação (i.e., respostas de fuga e/ou não-reacção; Deakin, 1998), provavelmente devido à necessidade de auto-regular e gerir as suas próprias emoções (van der Bruggen, Bögels, & Van Zeilst, 2009); e [c] a necessidade de analisar a associação entre ansiedade infantil e parental, tendo o controlo parental como mediador, através de estudos longitudinais.

Assim, estes resultados parecem contrariar o que defendem os modelos teóricos que sugerem que a ansiedade dos pais propicia comportamentos de controlo sobre os filhos (e.g., Adam, Gunnar, & Tanaka, 2004; Ginsburg et al., 2004; Rapee, 2001). Por conseguinte, é importante esclarecer se esta relação de facto não se confirma ou se existem variáveis mediadoras ou moderadoras de relevo a considerar nesta associação. Por exemplo, importa sublinhar que os resultados destes estudos parecem variar de acordo com o informador utilizado (McLeod et al., 2007<sub>b</sub>) ou com o próprio comportamento da criança. Neste âmbito, Whaley et al. (1999) realizaram um estudo

com mães ansiosas e não ansiosas em três tarefas de interação com os seus filhos (7-14 anos), recorrendo a observadores independentes. Os resultados demonstram que as mães ansiosas promoviam menor autonomia do que as não-ansiosas mas apenas quando a criança expressava ansiedade. Estes dados sublinham a natureza dinâmica e bidireccional da relação entre a ansiedade parental, parentalidade e ansiedade da criança, assim como o facto de os comportamentos de controlo não dependerem apenas ou necessariamente da ansiedade dos pais (Drake & Ginsburg, 2011). Na verdade, devido à agregação da ansiedade a nível intrafamiliar, é provável que a associação entre ansiedade dos pais e parentalidade resulte da interação que estas dimensões têm com o nível de ansiedade da criança. Note-se que no estudo de Moore et al. (2004), as mães de crianças ansiosas, independentemente do seu próprio nível de ansiedade, foram menos apoiantes e promoveram menos a autonomia na interação com os filhos do que as mães de crianças não-ansiosas. Gar e Hudson (2008) aprofundaram este resultado num estudo mais alargado com 155 mães e crianças/jovens (4-16 anos), agrupados de acordo com a presença e ausência de PA em ambas as gerações. Os resultados confirmaram o efeito da ansiedade dos filhos (mas não da ansiedade parental) no envolvimento excessivo dos pais nas duas tarefas de interações (i.e., preparação de um discurso e na realização de um discurso de 5 minutos ou *Five Minutes Speech Sample* - FMSS). Na FMSS, as mães de crianças ansiosas apresentaram também comportamentos mais negativos, não havendo relação entre esta dimensão e a ansiedade materna.

Em conclusão, resultados como estes apontam para a hipótese dos comportamentos parentais baseados no controlo excessivo e na negatividade surgirem como respostas prováveis à ansiedade manifestada pela criança, o que poderá reforçar

ainda mais a sua sintomatologia, em particular se interagirem com outros factores de vulnerabilidade que estiverem presentes (Creswell, Murray, Stacey, & Cooper, 2011). No estudo de Hirshfeld e colaboradores (1997), por exemplo, as mães ansiosas foram mais críticas na FMSS quando os filhos tinham inibição comportamental do que quando não apresentavam este traço. Esta distinção não ocorreu no grupo de mães não-ansiosas. Apesar deste importante contributo, a maior parte destes estudos não permitiu concluir que a ansiedade parental aumenta o recurso a práticas e estilos educativos negativos, pelo que os autores aconselham o recurso a estudo longitudinais.

Por último, importa sublinhar que os pais ansiosos se podem igualmente *envolver menos* na interacção com os filhos e evitam mais a aproximação com eles, provavelmente como reflexo da sua própria ansiedade. Estes comportamentos de não-envolvimento surgem habitualmente na literatura com a denominação de “*withdrawal*”. Por exemplo, num estudo de Turner e colaboradores (2003) foi pedido aos pais que se sentassem numa cadeira e observassem os filhos a brincar no parque infantil. Os resultados mostram que os pais ansiosos não se mantinham tão perto nem acompanhavam nem monitorizavam tanto a criança. Woodruff-Borden e colaboradores (2006) mostraram que a ansiedade parental estava relacionada com comportamentos de afastamento por parte dos pais durante situações de interacção com a criança. Na verdade, segundo os autores, a ansiedade parental pode induzir respostas de luta/fuga ou paralisação (Deakin, 1998), o que, em termos comportamentais, se reflecte em comportamentos dirigidos directamente à criança (e.g., envolvimento excessivo) mas também em menor investimento, envolvimento ou mesmo afastamento, assumindo assim um possível efeito curvilíneo na ansiedade (van

der Bruggen et al., 2008). É também provável que, independentemente da presença de um diagnóstico de ansiedade nos pais, estados emocionais negativos (e.g., ansiedade, preocupação, irritação, raiva) possam alocar os recursos dos pais no sentido de se auto-regularem emocionalmente em vez de se focarem na gestão da ansiedade da criança ou do problema.

Em resumo, se a investigação dedicada à identificação de factores de risco para a ansiedade infantil assim como dos factores parentais preditores da eficácia das intervenções tem dado passos importantes, a análise dos processos que explicam esta influência encontra-se ainda a dar os primeiros passos. Uma crítica apontada por alguns autores da área prende-se com a dificuldade em perceber se a parentalidade é mais afectada pela ansiedade dos pais ou dos filhos. Estes dados preliminares, apontam para o contributo directo ou indirecto da ansiedade parental quer no desenvolvimento e manutenção da ansiedade infantil, quer na sua protecção

## 5 | Olhar de fora para dentro

### O papel das cognições parentais

Os processos cognitivos parentais englobam os conhecimentos, pensamentos, ideias, expectativas, atribuições, valores, crenças e percepções que os pais têm sobre o desenvolvimento e a educação dos seus filhos (Rodrigo & Palacios, 2008; Sigel & McGillicuddy-De Lisi, 2002). A inclusão de variáveis cognitivas na literatura sobre a parentalidade tem vindo a aumentar aos poucos, o mesmo sucedendo no contexto das PA. As crenças e percepções dos pais desempenham um papel fundamental no



comportamento parental e no desenvolvimento subsequente da criança (Grusec & Ungerer, 2003; Sigel & McGillicuddy-De Lisi, 2002). As práticas e os estilos educativos parentais, por exemplo, são fortemente influenciados pelos valores, crenças e objectivos que os pais têm em relação aos seus filhos (Darling & Steinberg, 1993). Em interligação estreita com os processos cognitivos, encontram-se os processos afectivos que, numa interacção dinâmica, orientam o comportamento dos pais na interacção com os seus filhos (Dix, 1991).

Na verdade, um dos mecanismos que poderá explicar a elevada coexistência de ansiedade intrafamiliar prende-se com as cognições parentais. As significações parentais podem, elas próprias, traduzir-se na adopção de comportamentos e estratégias desadaptativas ou ser verbalizadas às crianças, influenciando e modelando a forma como esta percebe e interpreta as novas situações com que se vai deparando (e.g., Last et al., 1991; Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon, & Prusoff, 1984).

De acordo com os modelos contemporâneos da interacção pais-criança que enfatizam a influência dos processos cognitivos no comportamento e emoções dos membros da família (Bugental & Johnston, 2000; Miller, 1995; Murphey, 1992), as crenças parentais acerca da ansiedade e da vulnerabilidade das crianças para se sentirem ansiosas pode influenciar as estratégias que os pais usam para gerir estas situações (ver Bögels & Toussaint-Brechman, 2006). Todavia, o conhecimento sobre o modo como estes processos cognitivos são transmitidos às crianças ainda está a dar os primeiros passos nesta área de estudo, traduzindo-se em algumas reflexões e evidências preliminares que passamos a salientar.

Com base no conhecimento e na experiência empírica, sabemos que as crianças com PA apresentam frequentemente cognições ansiosas e desadaptativas que foram sendo construídas a partir das suas experiências e da interação com os outros. Neste contexto, a influência dos pais assume-se como tendo um papel importante neste processo. Com base na literatura, as cognições desadaptativas apresentadas pela criança podem ser adquiridas e transmitidas pelos pais através de dois mecanismos principais. Em primeiro lugar, e como já referimos anteriormente, os *comportamentos parentais* podem influenciar ou modelar as percepções da criança, interpretando situações ambíguas ou benignas como ameaçadoras e antecipando consequências negativas e reduzida auto-eficácia (Askew & Field, 2008; Bandura, 1986; Burnstein & Ginsburg, 2010; Field, Hamilton, Knowles, & Plews, 2003; Gerull & Rape, 2002; Muris, Bodden, Merckelbach, Ollendick, & King, 2003; Muris & Field, 2010; Rachman, 1977). Por exemplo, o envolvimento excessivo, tendo o intuito de proteger a criança, ou a modelagem de comportamentos e cognições ansiosos, tendem a aumentar o seu locus de controlo externo na interpretação de novas situações e a diminuir a percepção da sua auto-eficácia para lidar com as mesmas: Ballash, Leyfer, Buckley, & Woodruff-Borden, 2006; Becker, Ginsburg, Domingues, & Tein, 2010; Chorpita & Barlow, 1998; Chorpita, Brown, & Barlow, 1998).

Em segundo lugar, os autores sugerem que as auto-avaliações da criança são modeladas pelas *percepções que* os outros têm delas (e.g., Alloy et al., 2001) mas também que os outros, nomeadamente os pais, têm deles próprios e do mundo. Mais especificamente, os pais podem modelar directamente as suas cognições e percepções de ameaça ao interpretarem as situações como perigosas ou geradoras de mal-estar (e.g., verbalizações que remetem para a perigosidade das situações, manifestações de

incerteza acerca da capacidade de lidar ou de ter sucesso numa certa situação, expressões que reforçam ansiedade ou evitamento), influenciando a forma como os filhos percebem, interpretam e respondem a situações do dia-a-dia (e.g., Barrett et al., 1996; Chorpita, Albano, & Barlow, 1996).

No âmbito das perturbações de internalização em geral, vários estudos mostraram que muitas cognições ansiosas e negativas dos pais são aprendidas por modelagem pelas crianças (e.g., Alloy et al., 2001). Os estudos incluíram processos cognitivos como os estilos atribucionais (Seligman et al., 1984), as atitudes desadaptativas (Alloy et al., 2001), a tríade cognitiva negativa de Beck (Stark, Schmidt, & Joiner, 1996) e as atitudes positivas (Brewin, Andrews, & Furnham, 1996; Kaslow, Rehm, & Siegel, 1984; Oliver & Berger, 1992) ou as interpretações de ameaça (Creswell, Schneiring, & Rapee, 2005) manifestadas pelos pais.

No contexto das *perturbações de ansiedade na infância*, a compreensão dos factores cognitivos associados à ansiedade tem-se centrado particularmente na criança de forma individual, na caracterização dos pais destas crianças (i.e., em estudos “bottom-up”) e no estudo dos próprios pais ansiosos (i.e., em estudos “top-down”).

No que concerne à investigação e modelos que procuram caracterizar as cognições<sup>10</sup> dos **pais de crianças ansiosas** em comparação com os pais de crianças não-ansiosas, foram encontradas distinções em vários domínios. Por um lado, os pais de crianças ansiosas tendem a evidenciar cognições *centradas na criança* assentes na expectativa de que os seus filhos interpretem as situações de forma ameaçadora,

---

<sup>10</sup> Neste contexto, e de modo a simplificar os conteúdos que queremos abarcar, utilizamos o termo “cognições” num sentido mais lato, incluindo assim várias formas de significação (e.g., crenças, percepções, expectativas, atribuições, interpretações).

manifestem emoções negativas, sintam falta de controlo sobre essas situações e tenham formas desadaptativas para lidar com as mesmas (e.g., Barrett et al., 1996; Creswell et al., 2006; Kortlander, Kendall, & Panichelli-Mindel, 1997; Micco & Ehrenreich, 2008). Segundo vários autores, estas crenças e percepções afectam as expectativas dos pais acerca do grau em que a criança interpretará uma situação ambígua como ameaçadora (Creswell & O'Connor, 2006). Estudos preliminares dedicados a avaliar as expectativas dos pais acerca da ansiedade da criança têm mostrado não apenas a relação entre interpretações de ameaça dos pais e da criança (Creswell et al., 2005), como também essas expectativas, podem funcionar como mecanismos facilitadores da transmissão intergeracional da ansiedade (Creswell et al. 2005; Wheatcroft & Creswell, 2007). Existem igualmente evidências que mostram que as expectativas negativas dos pais influenciam a percepção negativa que as crianças têm de si mesmas e das suas competências (e.g., Burnstein & Ginsburg, 2010; Cole, Maxwell, & Martin, 1997; Creswell et al., 2006; Kortlander et al., 1997; Micco & Ehrenreich, 2008; Turk & Bry, 1992).

Alguns estudos indicam ainda que estas expectativas parentais são independentes do próprio nível de ansiedade dos pais (Cobham et al. 1999; Gallagher & Cartwright-Hatton, 2009; Wheatcroft & Creswell, 2007) e das suas cognições ansiosas (Affrunti, & Ginsburg, 2012; Creswell & O'Connor, 2006; Lester, Field, Oliver, & Cartwright-Hatton, 2008). Porém, a relação entre expectativas negativas e ansiedade dos pais não é consensual. Por exemplo, Becker e Ginsburg (2011) verificaram que as mães que haviam manifestado maior ansiedade e maior controlo ao longo da preparação de um discurso influenciaram a auto-avaliação negativa dos filhos, o que não sucedeu com as expectativas parentais negativas avaliadas antes da tarefa.

Para além dos estudos dedicados à análise do papel das expectativas parentais na ansiedade dos filhos, existem também algumas investigações que se dedicaram a analisar o papel que as *crenças e atribuições parentais* relativamente ao comportamento da criança tinham no comportamento parental e na ansiedade infantil. Por exemplo, um estudo longitudinal demonstrou que o facto de os pais atribuírem comportamentos de retraimento e cautela ao temperamento dos filhos aos 2 anos (inibição em contextos sociais) prediziam o reduzido encorajamento à autonomia da criança aos 4 anos por parte dos pais (Rubin et al., 1999). No mesmo sentido, foi efectuado um conjunto de estudos que analisaram as atribuições maternas acerca da inibição dos filhos em contextos sociais, mostrando que as mães de crianças mais evitantes, em comparação com as mães de crianças menos evitantes, atribuíam estes comportamentos a características de temperamento da criança, respondiam com emoções mais negativas a estes comportamentos que acreditavam serem difíceis de mudar e usavam estratégias baseadas no controlo excessivo para lidar e gerir estes comportamentos dos filhos aos 4 anos (Mills & Rubin, 1990, 1992, 1993; Rubin & Mills, 1990, 1991). Curiosamente aos 9 anos, estes pais não eram tão controladores, mas optaram por não agir ou não se envolver na resolução da situação (Mills & Rubin, 1993). Neste sentido, podemos inferir que as estratégias usadas pelos pais para lidar com a ansiedade dos filhos podem depender não só das crenças e atribuições acerca da criança, mas também da fase de desenvolvimento da criança. Segundo, Bögels e Toussaint-Brechman (2006), acreditar que a ansiedade é uma característica disposicional que não vai mudar, poderá levar os pais a desistirem de agir (ou, na expressão anglo-saxónica, “learned helplessness”).

Por outro lado, os pais tendem a evidenciar *crenças específicas acerca da ansiedade* e das suas consequências (Barrett et al. 1996; Cobham, 1998). Segundo Francis e Chorpita (2009), os pais de crianças ansiosas poderão interpretar e enviesar as respostas de ansiedade dos filhos com base em crenças como a de que a ansiedade tem ou terá consequências negativas na vida do seu filho, de que é perigoso para ele estar ansioso, ou acreditando que certos estímulos ambíguos serão prejudiciais para a criança. Os autores defendem que estas crenças não reflectem necessariamente a própria ansiedade parental nem as expectativas dos pais de que os filhos se irão sentir ansiosos. Estes autores procuraram testar estas hipóteses num estudo com medidas de auto-relato e concluíram que as crenças parentais acerca da ansiedade mediavam a associação entre a ansiedade dos pais e da criança. Estes resultados preliminares apontam para a importância de se explorar melhor as crenças dos pais em relação a estes e outros aspectos da ansiedade infantil, enriquecendo a literatura nesta área que se tem dedicado quase exclusivamente aos enviesamentos cognitivos e interpretações de ameaça dos pais em relação à ansiedade dos filhos (Barrett et al. 1996; Bögels, van Dongen, & Muris, 2003; Cobham et al. 1999; Creswell & O'Connor, 2006; Creswell et al., 2006; Dadds et al., 1996; Kortlander et al., 1997; Moore et al., 2004; Whaley et al., 1999; Wheatcroft & Creswell, 2007).

Por último, alguns estudos focaram as *cognições centradas nos pais* e no seu papel. Alguns deles concluíram que os pais de crianças ansiosas percebem-se a si mesmos como tendo pouco controlo sobre as respostas de ansiedade da criança (Wheatcroft & Creswell, 2007).

A tendência para se autofocarem em si enquanto pais ou nas suas competências para lidar com as reacções emocionais dos filhos, tem sido apontada como uma característica associada à própria ansiedade dos pais de crianças com PA. Na verdade, vários estudos têm procurado caracterizar e comparar os **pais com perturbações de ansiedade** (e pais sem PA) de crianças ansiosas (e não-ansiosas). A literatura evidencia que pais ansiosos de crianças com PA, em comparação com pais não-ansiosos, tendem a diferenciarem-se na forma como pensam e se comportam em situações geradoras de stress. Estes pais tendem a perceber-se como tendo pouco controlo sobre as respostas de ansiedade dos filhos quando confrontados com situações difíceis (e.g., Cobham & Dadds, 1999; Creswell, Murray, & Cooper, 2014). Curiosamente, um estudo recente mostrou que as mães com PA, apesar da sua baixa *percepção de controlo* de base, aumentavam a sua sensação de controlo sobre a resposta das crianças à medida que estas expressavam ansiedade, ao passo que este efeito existiu mas em sentido contrário nas mães não-ansiosas (Creswell et al., 2014). Este resultado é consonante com o defendido por Bugental et al. (2001), segundos os quais, quanto menos os pais sentem controlo sobre o comportamento da criança maior a probabilidade de exibirem estratégias baseadas no envolvimento e intrusividade excessivos quer com os seus próprios filhos (Bugental & Lewis, 1999; Guzella & Vernon-Feagans, 2004) quer com outras crianças (Bugental, Blue, & Cruzcosa, 1989).

A ansiedade dos pais pode igualmente influenciar a forma como se percebem e ao mundo e aos seus próprios filhos. Orchard et al. (2013) mostraram no seu estudo com uma amostra alargada de mães com e sem PA de crianças ansiosas (7-12 anos) que a forma como faziam interpretações (elevada percepção de ameaça e reduzida percepção de controlo) mediava a associação entre a ansiedade materna e as

expectativas negativa relativamente quer às emoções quer às competências de *coping* dos filhos. A percepção de controlo dos pais também mediou a relação entre a ansiedade parental e a percepção de controlo sobre o comportamento da criança. Deste modo, os estados de ansiedade dos pais podem aumentar a probabilidade dos pais interpretarem as situações como ameaçadoras e incontroláveis, o que por sua vez pode afectar as expectativas que têm em relação à criança.

Apetroaia et al. (2015) sugerem que estas evidências podem reflectir o elevado sentido de responsabilidade dos pais mais ansiosos, uma vez que estes pais manifestam frequentemente a crença de que “deveriam” controlar melhor as respostas da criança quando se confrontam com situações geradoras de ansiedade. Esta interpretação vai ao encontro dos estudos realizados com adultos ansiosos que em comparação com os não-ansiosos, manifestam um sentido de responsabilidade maior relativamente à causa e ao seu papel na prevenção de danos aos outros (Salkovskis et al., 2000). Deste modo, é possível inferir que os pais ansiosos poderão interpretar e processar a informação relacionada com a criança de modo semelhante ao modo como percebem outras experiências da sua vida (e.g., Creswell & O’Connor, 2006; Lester et al., 2010).

As crenças de responsabilidade pessoal excessiva que caracterizam muitos adultos ansiosos poderão repercutir-se no modo como se comportam em relação aos seus filhos, sentindo-se responsáveis pelo seu bem-estar e protecção (Reeves, Reynolds, Coker, & Wilson, 2010). No sentido de testar esta hipótese, um estudo recente de Apetroaia et al., (2015) avaliou as crenças de responsabilidade parental de mães ansiosas e não-ansiosas de crianças com PA (7–12 anos), através de uma medida de



auto-relato, tendo os seus comportamentos sido observados a partir de uma tarefa ansiógena com a criança. Os resultados mostram que as mães ansiosas acreditavam mais que eram responsáveis pelas acções e bem-estar dos filhos do que mães sem PA. Neste caso, estas crenças estavam também associadas a maior intrusividade e menor afecto positivo na interacção com os filhos. É possível considerar a hipótese de que a ansiedade parental aumenta a probabilidade dos pais se sentirem excessivamente responsáveis pelos seus filhos, o que poderá conduzir a maior controlo parental exercido na interacção com a criança. Deste modo, compreender as cognições parentais de pais ansiosos poderá ser importante para clarificar os resultados inconsistentes nos estudos sobre a ansiedade parental e controlo excessivo, assim como poderá ser um objectivo importante a incluir nas intervenções com pais ansiosos de crianças com PA.

No seu todo, este conjunto de significações constitui um estilo cognitivo negativo que, segundo alguns autores, é responsável por certos estados emocionais e padrões de comportamento promotores de ansiedade nos filhos, uma vez que aumentam a probabilidade dos próprios pais se sentirem ansiosos, transmitirem aos filhos percepções de ameaça aos filhos e adoptarem práticas que restringem a autonomia da criança (Creswell et al., 2011; Hudson & Rapee, 2004; Lester et al., 2009). Como pudemos verificar, o papel de padrões comportamentais (e.g., envolvimento excessivo, modelagem de comportamentos e cognições ansiosas) na manutenção da ansiedade infantil tem obtido validação empírica, nomeadamente por parte de estudos experimentais e longitudinais (e.g., de Rosnay et al., 2006; de Wilde & Rapee, 2008; Field & Lawson, 2003; Murray et al., 2008; Thirlwall & Creswell, 2010). Por sua vez, apesar de existirem até ao momento poucas investigações, a bidireccionalidade nas

transacções entre pais e crianças ansiosas tem ainda sido realçada amplamente na literatura, que destacou, por exemplo, que as mães ansiosas e não ansiosas se comportam de modo diferente de acordo com o grau de ansiedade manifestada pelas crianças ansiosas (e.g., Creswell et al., 2013)

Por último, importa sublinhar algumas das limitações presentes na pouca literatura dedicada ao estudo das cognições parentais de crianças ansiosas. Por um lado, poucos estudos analisaram a associação entre comportamentos parentais específicos e cognições parentais. Por sua vez, a maior parte dos estudos envolve a avaliação de expectativas relativamente à forma como os pais acham que os filhos se irão comportar antes de uma determinada situação ou em relação a situações ambíguas hipotéticas, mas raramente avaliam as percepções dos pais com base em situações ocorridas em contexto real, nomeadamente os pensamentos, interpretações e atribuições cognitivas relativamente a respostas de ansiedade dos filhos em contextos reais. Poucos estudos procuraram explorar cognições “a quente”, isto é, ocorridas ou em tempo real ou a partir de situações em que os pais ou as crianças estivessem ansiosos, limitando a validade ecológica destes estudos assim como a generalização dos seus resultados. Por último, e contrariamente ao que sucede na literatura dedicada a outras perturbações na infância e adolescência (e.g., perturbações de externalização, depressão), as percepções parentais acerca da ansiedade dos filhos até agora restringiram-se maioritariamente às crenças de perigosidade da ansiedade, deixando por explorar outros aspectos como o que pensam os pais acerca das causas, da evolução ou do impacto da ansiedade no funcionamento da criança. Estas crenças e cognições são importantes pois poderão influenciar a forma como os pais reagem e se comportam perante manifestações ansiosas dos filhos.

## 6 | Ansiedade infantil e género parental

### O papel do pai é importante?

Com base numa perspectiva evolucionista, vários autores têm sugerido que pais e mães se têm vindo a especializar em papéis parentais distintos, quer no exercício da parentalidade em geral, quer na influência que exercem sobre a ansiedade dos filhos, em particular. Por um lado, as mães desempenham mais frequentemente tarefas associadas à prestação de cuidados, conforto e protecção da criança, tendo um contributo importante no fomento de relações de afecto. Por seu turno, o pai tem o papel de encorajar a exploração do ambiente externo, a competição, a autonomia e o sentido de competência pessoal (Bögels & Phares, 2008; Bögels & Perotti, 2001; Möller, Majdandžic, Vriends, & Bögels, 2013), sendo as brincadeiras mais bruscas e de desafio que têm com os filhos um dos mecanismos usados nessa aprendizagem (“rough-and-tumble play”). O grau em que estes comportamentos são aplicados, em combinação com as características da própria criança, poderão aumentar ou diminuir a probabilidade de ocorrência, reforço ou protecção de problemas de ansiedade em crianças e adolescentes.

Bögels e Perotti (2001), baseando-se nos princípios das teorias de referenciação social (e.g., Feinman & Lewis, 1983), defendem que a criança recorre instintivamente ao comportamento e reacções do pai, ao contrário da mãe, em situações novas e de interacção social com elementos externos à família, aprendendo através dele respostas de confronto ou evitamento a estes contextos. Porém, os poucos estudos que testaram esta hipótese apresentam dados contraditórios. Por exemplo, Bögels

Stevens, e Majdandžic (2011) utilizaram um conjunto de situações sociais ambíguas em que pais e mães se comportariam de forma confiante ou evitante e perguntaram a 144 crianças (8-12 anos) como se sentiriam. Os autores verificaram uma maior influência das reacções da mãe num grupo de crianças menos ansiosas socialmente e do pai nas crianças com maior ansiedade social, concluindo que o pai tem um papel de encorajamento em crianças com estes problemas, enquanto a mãe poderá ter um contributo na aprendizagem da contenção a nível social nas restantes. Porém, Aktar et al. (2013) não encontraram diferenças de género no seu estudo com crianças de um ano expostas a situações novas (um dinossauro e uma pessoa estranha). Quando ambos os progenitores manifestavam ansiedade, as crianças tendiam a evitar o contacto com estes elementos.

Relativamente ao papel do controlo parental, os estudos são igualmente inconclusivos. Enquanto alguns estudos apontam que o pai é mais controlador na interacção com os seus filhos ansiosos do que mãe (Hudson & Rapee, 2002) ou na forma como se auto-avaliam (Bögels & Van Melick, 2004), outros estudo não encontram diferenças de género neste contexto (e.g., Rork & Morris, 2009).

Alguns autores apontam para a inconsistência dos estudos com base na heterogeneidade associada às características das amostras (e.g., com e sem ansiedade, idades diversas), das medidas e operacionalizações dos constructos, no reduzido número de variáveis analisadas (e.g., suporte, rejeição, controlo), e no facto dos níveis de ansiedade e comportamento da criança não serem controlados, visto existirem evidências de que maiores níveis de ansiedade nas crianças induzem maiores níveis de controlo e de superprotecção parentais (Drake & Ginsburg, 2011). Existem igualmente

indicadores preliminares que apontam para a possível diferença entre pais e mães quando confrontados com emoções negativas da criança. Hudson, Comer e Kendall (2008) analisaram o comportamento dos progenitores a partir da discussão de situações reais geradoras de ansiedade, raiva e alegria na criança e verificaram que as mães, mas não os pais, se comportavam em consonância com a emoção das crianças.

No que concerne ao contributo da ansiedade parental neste contexto, um estudo de Teetsel e Ginsburg (2014) utilizou observações de interações entre pais ansiosos e criança durante uma tarefa de desenho (“Etch a sketch”) e questionários de auto-relato para avaliar respostas parentais à ansiedade dos filhos, concluindo que os pais ansiosos eram mais controladores na interação do que as mães, enquanto elas referiam utilizar mais a punição e o reforço da dependência do que os pais, em resposta aos questionários. Este estudo revela resultados prometedores acerca da importância de usar uma abordagem multi-métodos e multi-informadores, assim como de analisar comportamentos parentais específicos na interação com a criança e em reacção à sua ansiedade, ainda que neste caso, a utilização de medidas e dimensões parentais distintas limite as comparações entre comportamentos e contextos.

Devido à escassez e inconsistência dos estudos, continua assim por esclarecer se pais e mães se comportam de forma diferente perante a criança, se a criança é influenciada por pais e mães de forma semelhante e se existem particularidades na interação pais/mães-criança que possam contribuir para o desenvolvimento, manutenção ou protecção da ansiedade na infância (e.g., Bögels & Phares, 2008). Apesar da meta-análise de van der Bruggen et al. (2008) ter concluído que o género parental não tinha um efeito significativo na explicação da explicação da ansiedade na

criança, o efeito dos comportamentos de controlo parental observados na ansiedade da criança foi superior nos estudos que incluíam os pais ou ambos os progenitores ( $d = .84$ ) relativamente aos realizados apenas com as mães ( $d = .50$ ), o que remete para a importância de incluir mais pais nos estudos e nos tratamentos. Em sentido contrário, uma meta-análise recente realizada por Möller e colaboradores (*cit in* Sluis, Steensel, & Bögels, 2015) aponta para a existência de diferenças de género ao nível da ansiedade infantil, estando esta negativamente relacionada com comportamentos paternos de incentivo ao confronto e de superprotecção, e positivamente relacionada com a superprotecção materna.

Por sua vez, Lazarus et al. (2016) utilizaram questionários para analisar comportamento de aproximação e confronto com as situações receadas entre pais e mães. Apesar de os pais encorajarem mais os filhos do que as mães, os resultados mostraram que apenas o encorajamento ao confronto materno predizia a presença de diagnóstico de ansiedade na criança. Majdandžić et al. (2015) compararam este comportamento parental, recorrendo quer a medidas de auto-relato quer a observações, e concluíram que apesar de não existirem diferenças na forma como ambos encorajavam os filhos ao confronto, os pais reconheciam-se como sendo mais encorajadores do que as mães. Num estudo longitudinal, Majdandžić et al. (2014) compararam os comportamentos de controlo e comportamentos de desafio (i.e., encorajar a criança a testar os seus limites) de pais e mães com os filhos em dois momentos (2 e 4 anos de idade), através de três tarefas de observação estruturadas. A ansiedade social da criança foi medida através de questionários preenchidos pelos pais e pela expressão de ansiedade na interacção com uma pessoa estranha em ambos os momentos. Os resultados mostram que comportamentos paternos de desafio aos 2

anos prediziam menores níveis de ansiedade social aos 4. Porém, a relação foi inversa em relação à mãe, com as crianças a evidenciarem maior ansiedade quando as mães as desafiavam no momento inicial. Estes resultados preliminares apontam para o papel protector de comportamentos baseados no encorajamento ao confronto e ao risco quando manifestados pelo pai, assim como para a existência de diferenças na influência que pai e mãe têm na ansiedade social dos filhos.

Em suma, estes resultados inconclusivos mostram assim que este permanece um campo importante por explorar e que o papel do pai ainda é negligenciado na investigação dedicada aos problemas de internalização infantil (Yap & Jorm, 2015), correspondendo a uma minoria do universo total das amostras. Por sua vez, os comportamentos mais comumente atribuídos aos pais (e.g., enfrentar, confrontar, desafiar, “lutar”, competir, brincar de modo mais activo e agressivo, envolver-se em actividades físicas) têm sido pouco incluídos nos estudos dedicados a esta área, não permitindo clarificar eventuais influências de género parental na compreensão da ansiedade infantil (Möller et al., 2013).

## 7 | Parentalidade e ansiedade infantil

### O contributo dos moderadores

De entre os vários factores analisados na literatura, e após termos dedicado maior atenção ao papel do género parental no âmbito da ansiedade infantil, salientamos agora algumas características da criança e do contexto familiar que poderão ter impacto na associação entre a parentalidade e a ansiedade das crianças e adolescentes.

#### 7.1. | Género da criança

O *género da criança* tem sido considerado um possível moderador da associação entre parentalidade e ansiedade infantil. Rapazes e raparigas tendem a responder de forma diferente a situações novas em contextos específicos. Por exemplo, as raparigas parecem ser mais ansiosas em contextos de interacção social comparativamente aos rapazes (Möller et al., 2013). Por sua vez, o sexo feminino é considerado como mais susceptível à ansiedade dos pais em comparação com o masculino, indicando que a ansiedade pode ser influenciada pelos papéis de género (Graham & Weems, 2015).

Porém, a literatura que avalia o exercício da parentalidade em relação a rapazes e raparigas ansiosos tem apresentado resultados inconclusivos. Krohne e Hock (1991), por exemplo, verificaram que as mães de raparigas (10-13 anos) com elevados níveis de ansiedade eram mais intrusivas na resolução de problemas da criança do que as mães de raparigas não-ansiosas, não se tendo encontrado este efeito em relação aos



rapazes. Van der Bruggen et al. (2008) encontraram efeitos mais fortes entre o controlo parental e a ansiedade nas raparigas, comparativamente aos rapazes. No entanto, as meta-análises de McLeod et al., (2007<sub>b</sub>) e Jorm e Yap (2015) não encontraram evidências em relação ao efeito moderador do género da criança na associação entre parentalidade e ansiedade infantil. No entanto, deve sublinhar-se que estes estudos têm algumas limitações, nomeadamente o facto de incluírem maioritariamente mães. Alguns autores defendem que o género da criança pode relacionar-se de forma diferente com os comportamentos de pais e mães, isto é, as influências parentais poderão ser maiores em díades do mesmo género (Bögels & Phares, 2008). Porém, até ao momento esta suposição não foi confirmada. Por exemplo, Van der Bruggen et al. (2010) verificaram no seu estudo que os pais eram mais controladores com os rapazes do que com as raparigas, independentemente do género parental.

## 7.2. | Idade da criança

Relativamente à *idade da criança*, considera-se que à medida que a criança vai crescendo, a influência dos estilos e práticas parentais vai diminuindo, uma vez que os jovens começam a ser mais autónomos e a passar menos tempo com os progenitores (Larson & Richards, 1991). No caso da aceitação, por exemplo, foram encontrados efeitos maiores na ansiedade em crianças em idade escolar (Siqueland et al., 1996) do que na adolescência (Scott, Scott, & McCabe, 1991). Apesar de McLeod et al. (2007<sub>b</sub>) não encontrarem efeitos de moderação da idade da criança na sua meta-análise, deve notar-se que as amostras incluídas na análise abarcavam um intervalo etário muito

alargado (2-18 anos). Por sua vez, as meta-análises de Yap e colaboradores (2014, 2015) procuraram colmatar esta limitação, dividindo a análise em dois estudos, um com amostras de crianças em idade escolar (5-11 anos) e outro com adolescentes (12-18 anos). No primeiro caso, a idade não moderou de forma significativa a associação entre parentalidade e ansiedade ( $n = 53$ ) ou sintomas de internalização em geral ( $n = 70$ ). O segundo encontrou muitas semelhanças com o estudo com crianças mais novas, especialmente no que concerne ao efeito das dimensões parentais de negatividade conflito interparental, envolvimento excessivo e afecto positivo em relação aos problemas de internalização na adolescência e na infância (Yap et al., 2014). Ainda assim destacam que a associação entre a promoção de autonomia e a ansiedade na infância tinha um efeito maior do que na adolescência. Num estudo recente, Waite e Creswell (2015) comparam várias situações de interacção medianamente ansiógenas entre 120 díades de pais e crianças (7–10 anos) ou adolescentes (13–16 anos) com e sem PA. Os resultados mostraram que pais de adolescentes ansiosos, em comparação com os de jovens não-ansiosos, comportavam-se de modo mais intrusivo e eram menos envolvidos positivamente nas interacções. Esta distinção não se verificou nas crianças, o que poderá remeter para a necessidade de integrar o nível de desenvolvimento nos modelos de compreensão e na investigação dedicada aos factores parentais na ansiedade infantil e juvenil.

Por fim sublinhamos que alguns modelos e estudos empíricos têm procurado integrar simultaneamente o contributo da idade e género da criança e do género dos pais na associação entre parentalidade e ansiedade. Por exemplo, Bögels e Phares (2008) elaboraram um modelo teórico segundo o qual mães e pais contribuem de forma diferenciada para o desenvolvimento e manutenção da ansiedade dos filhos,

tendo em conta quer o género quer o nível de desenvolvimento da criança. Mais especificamente, os autores propõem que a figura paterna pode ter uma influência importante na infância e mais tarde da adolescência. Entretanto, estabelecer uma relação interpessoal próxima com a mãe (i.e., baseada no suporte emocional e na reduzida rejeição) e ser estimulada pelo pai através do contacto com contextos sociais mais alargados, de comportamentos desafiadores e promotores da independência ao longo da infância, seriam práticas consideradas positivas para o ajustamento infantil. Na adolescência, o papel do pai ganharia maior relevo quer pelo incentivo à autonomia quer pela proximidade com o jovem (i.e., menor controlo e maior autonomização), enquanto a diminuição do controlo materno marcaria de forma positiva esta transição. Na tentativa de testar estas hipóteses, Verhoeven et al. (2012) analisaram os estilos parentais de pais e mães de crianças e adolescentes. Contrariamente ao esperado, os resultados não encontraram diferenças em função do género da criança e apontaram para o facto de apenas o controlo materno se relacionar com a ansiedade das crianças em idade escolar, ao passo que o controlo excessivo por parte do pai desempenhava um papel importante durante a adolescência, especialmente nos mais velhos. Por sua vez, níveis mais elevados de promoção de autonomia em crianças mais novas relacionaram-se com níveis mais elevados de ansiedade. Este estudo preliminar reforça que existe uma relação dinâmica entre parentalidade e ansiedade em função de moderadores como a idade da criança ou o género parental.

### 7.3. | Etnia e cultura

A literatura dedicada à parentalidade na ansiedade infantil inclui predominantemente amostras constituídas por pessoas de etnia caucasiana. Porém, a compreensão das especificidades derivadas de *factores étnicos e culturais* tem vindo a crescer e a ser reforçada por muitos autores (e.g., McLeod et al., 2011), devido à constatação de que factores parentais distintos parecem estar associados à ansiedade em diferentes países. Estudos preliminares apontam para a necessidade de ter em conta o contexto cultural em que as famílias se inserem para melhor compreender a variabilidade dos resultados nesta área (e.g., Essau, Sakano, Ishinawa, & Sasagawa, 2004; Hsu & Lavelli, 2005; Ollendick, 1983; Ollendick, Yang, King, Dong, & Akande, 1996). Num estudo de Luis e colaboradores (2008), foram observados os comportamentos de controlo e de rejeição de famílias europeias-americanas, mexicanas-americanas e mexicanas. Os resultados revelaram que a ansiedade infantil estava relacionada com o controlo parental nos dois primeiros grupos, não se verificando esse efeito nas famílias mexicanas. Muris et al. (2006) utilizou a parentalidade numa vasta amostra de crianças e adolescentes sul-africanos de etnia negra, caucasiana e mista através de instrumentos de auto-relato. Não se encontraram diferenças entre os grupos relativamente à associação entre a percepção da parentalidade e a ansiedade nos jovens, ainda que a relação entre o comportamento ansioso do pais e a ansiedade dos filhos fosse mais acentuada no grupo caucasiano comparativamente ao grupo de etnia negra. Um estudo recente realizado na Europa comparou o grau de controlo, superprotecção, suporte e autonomia em crianças (8-10 anos) italianas e inglesas e as suas mães, recorrendo quer a questionários quer a tarefas de observação (Raudino et al., 2013). Os resultados mostram que, apesar de não existirem diferenças ao nível da

ansiedade das crianças, havia práticas parentais distintas nas amostras dos dois países. As mães italianas apresentaram níveis superiores de controlo, intrusividade e superprotecção, e menor promoção de autonomia, porém davam mais suporte comparativamente às mães inglesas. O suporte moderou a associação entre as variáveis baseadas no envolvimento parental excessivo (intrusividade percebida e superprotecção observada) e a ansiedade geral e de separação das crianças. Assim, quanto maior o suporte parental, menor a associação entre envolvimento excessivo por parte dos pais e a ansiedade dos filhos. Sendo Portugal um país com raízes e características culturais partilhadas com outros países do sul da Europa como a Itália, poderão ser esperados resultados semelhantes no nosso país. Neste padrão parental baseado em elevados níveis de suporte e controlo, provavelmente o suporte parental poderá ter um efeito neutralizador do impacto negativo associado ao elevado envolvimento parental.

Em suma, quer investigadores quer clínicos deverão ter em conta o contexto cultural na exploração e compreensão da influência da parentalidade na ansiedade infantil.

## 8 | Conclusões

### Em resumo, o que sabemos até ao momento?

O estudo da parentalidade no contexto da ansiedade infantil representa uma área com grandes avanços nas últimas décadas. Vários progressos têm vindo a ser feitos no sentido de descrever as diferenças individuais ao nível dos estilos e comportamentos parentais, assim como a sua relação com o desenvolvimento e manutenção da ansiedade ao longo da infância e adolescência. Em jeito de conclusão,

apresentamos algumas **ideias-chave** que nos serviram de ponto de partida na nossa compreensão sobre este tema.

Em primeiro lugar, com base na evidência de que os pais desempenham um papel relevante na compreensão dos problemas de ansiedade dos filhos, vários estudos de investigação e programas de intervenção foram incluindo a família com o intuito de reduzir comportamentos de risco e de manutenção da ansiedade infantil. No entanto, como em qualquer área de estudo, o avanço na investigação trouxe também novas controvérsias e salientou inconsistências nos seus resultados, atribuídos com frequência às diferentes conceptualizações e modelos teóricos, às medidas de avaliação usadas, ao tipo de amostras e de informadores incluídos nos estudos ou às próprias questões de investigação.

Em segundo lugar, partindo dos estudos que mostram que os estilos parentais têm um efeito modesto na explicação da ansiedade infantil, os modelos teóricos começam progressivamente a dar menor destaque a dimensões gerais da parentalidade para incluírem aspectos mais específicos do comportamento parental. Consequentemente, estes avanços têm acarretado implicações metodológicas importantes, nomeadamente ao nível do enriquecimento e variabilidade das medidas de avaliação, da operacionalização mais detalhada dos conceitos teóricos e do enfoque dado à observação de comportamentos de interacção e a métodos inovadores (e.g., desenhos longitudinais com medidas repetidas para analisar a relação entre comportamentos parentais e as trajectórias desenvolvimentistas da ansiedade infantil; desenhos experimentais que manipulam variáveis como o modelagem da ansiedade parental ou as verbalizações de informação geradora de ansiedade ou a eficácia que certas

estratégias podem ter na melhoria da ansiedade, através da aplicação de programas de intervenção empiricamente validados: McLeod et al., 2011).

Em terceiro lugar, a criança começa a ser integrada na literatura como um agente activo que influencia e é influenciado nos contextos de interacção com os seus pais.

Em quarto lugar, o estudo das tipologias parentais, ao permitir analisar a interacção entre dimensões parentais importantes, revelou que a combinação de elevados níveis de controlo e de rejeição tendem a associar-se a maiores níveis de ansiedade na infância (“person-centered approach”).

Em quinto lugar, nos últimos anos, vários comportamentos parentais específicos têm demonstrado ter um contributo de relevo no desenvolvimento e na manutenção da ansiedade. Entre eles encontram-se algumas práticas parentais mais específicas (i.e., envolvimento excessivo, promoção de autonomia, afecto positivo e afecto negativo, não-envolvimento), alguns mecanismos de aprendizagem (i.e., modelagem, reforço do evitamento e comunicação de informação) que criam vulnerabilidade para a ansiedade e práticas parentais protectoras (e.g., reforço de comportamentos de aproximação e de confronto).

Em sexto lugar, a ansiedade parental poderá ter um contributo importante na aprendizagem da ansiedade nas crianças (e.g., modelagem ou comunicação de informação) e/ou através de padrões comportamentais negativos (e.g., controlo excessivo, criticismo, não-envolvimento). Apesar da associação entre os comportamentos e a ansiedade dos pais ainda não estar esclarecida, alguns factores importantes poderão desempenhar um contributo importante para a explicar, nomeadamente a manifestação de ansiedade por parte da criança.

Por último, a forma como os pais percebem o mundo e os seus sistemas de crenças poderão repercutir-se na ansiedade infantil através da modelagem directa de cognições ansiosas (e.g., interpretações de ameaça), através das expectativas parentais face à criança, ou das crenças e atribuições relacionadas com a criança e com a sua ansiedade.

### Contributos do nosso trabalho

Partindo da revisão de literatura, identificámos algumas inconsistências e lacunas na literatura que orientaram as nossas decisões teóricas e metodológicas. Por um lado, os estudos tendem a adoptar perspectivas ora centradas nos estilos parentais, ora na identificação de comportamentos específicos. No nosso trabalho, sentimos a necessidade de integrar diferentes níveis de análise e diferentes abordagens (i.e., as abordagens “person-centered” e “variable-centered”) na compreensão da relação entre parentalidade e ansiedade infantil, tal como recomendado na literatura (Power et al., 2005). Esta decisão prendeu-se igualmente com a necessidade de espelhar a complexidade que envolve o exercício da parentalidade no âmbito da ansiedade infantil e juvenil. Por exemplo, pais moderadamente controladores e apoiantes, podem adoptar estratégias maladaptativas ou reagir com emoções negativas ao anteciparem ou assistirem a manifestações de ansiedade da criança (e vice-versa).

Por sua vez, sabendo que o estilo cognitivo dos pais orienta a forma como os pais se sentem e se comportam de um modo geral e em situações de interacção com a criança (e.g., quando a criança está ansiosa), quisemos contribuir para enriquecer a escassa



literatura dedicada a esta componente da parentalidade no contexto das PA na infância.

Note-se também que, para uma melhor compreensão do papel do pai, incluímos pais e mães em todos os nossos estudos. Como verificámos na revisão de literatura, devido à primazia da participação de mães na investigação e nos processos de intervenção, ainda desconhecemos as eventuais diferenças, especificidades ou mesmo aspectos comuns na forma como pais e mães educam e lidam com filhos ansiosos.

Para além dos contributos referidos anteriormente, as nossas opções metodológicas representam um contributo adicional para a literatura. Em primeiro lugar recorremos a uma abordagem multimétodos e multi-informadores enquanto forma de complementar informação e reduzir as desvantagens específicas inerentes a cada um (Grotevant & Carlson, 1989; Holden & Edwards, 1989; Kerig & Lindahl, 2001). Salientamos ainda a procura de estratégias de análise promissoras, nomeadamente a análise transaccional (que possibilita a análise de sequências em que o comportamento de uma pessoa gera um comportamento noutro que, por sua vez, terá o impacto na primeira) como forma de melhor captar a natureza bidireccional e dinâmica das interacções entre pais e crianças com PA (Sameroff & Fiese, 2000).

No capítulo seguinte, apresentamos os objectivos específicos que nos orientaram, assim como as opções metodológicas que tomámos para melhor lhes poder dar resposta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. K., Gunnar, M. R., & Tanaka, A. (2004). Adult Attachment, Parent Emotion, and Observed Parenting Behavior: Mediator and Moderator Models. *Child Development*, 75(1), 110-122.
- Affrunti, N. W., & Ginsburg, G. S. (2012). Exploring Parental Predictors of Child Anxiety: The Mediating Role of Child Interpretation Bias. *Child & Youth Care Forum*, 41(6), 517-527.
- Aktar, E., Majdandžić, M., de Vente, W., & Bögels, S. M. (2013). The interplay between expressed parental anxiety and infant behavioural inhibition predicts infant avoidance in a social referencing paradigm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 144-156.
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78(4), 1222-1239.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. M., Gibb, B. E., & Neeren, A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(1), 23-64.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Tashman, N. A., Berrebbi, D. S., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Crossfield, A. G., & Morocco, A. (2001). Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 397-423.
- Angold, A., & Costello, E. J. (1995). Developmental epidemiology. *Epidemiologic Review*, 17(1), 74-82.
- Angold, A., Erkanli A., Farmer E., Fairbank J., Burns B., Keeler G., & Costello, E. (2002) Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and White youth. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 893-901.
- Araújo, P. (2008). O Caracol Medroso: Uma história infantil para crianças e adultóides. Acedido em (Janeiro de 2016) e Disponível em <http://pseudotudo.blogspot.com/2009/03/uma-historia-infantil-para-criancas-e.html>.
- Apetroaia, A., Hill, C., & Creswell, C. (2015). Parental responsibility beliefs: associations with parental anxiety and behaviours in the context of childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 188, 127-133.
- Askew C., & Field A. P. (2008). The vicarious learning pathway to fear 40 years on. *Clinical Psychology Review*, 28, 1249-1265.

- Ballash, N., Leyfer, O., Buckley, A. F., & Woodruff-Borden, J. (2006). Parental control in the etiology of anxiety. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(2), 113-133.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296-3319.
- Barber, B. K. (2006). Reintroducing parental psychological control. In B.K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* (pp. 3-13). Washington: American Psychological Association.
- Barber, B. K., & Xia, M. (2013). The centrality of control to parenting and its effects. In A. S. Morris, R. E. Larzelere, & A. W. Harrist (Eds.), *New Directions for Authoritative Parenting*. Washington, DC: American Psychological Association Pre
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333-342.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(1), 135-141.
- Barrett, P. M., Fox, T., Farrell, L. (2005). Parent-child interactions with anxious children and with their siblings: An observational study. *Behaviour Change*, 22, 220-235.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1-103.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Baumrind, D. (1972). Na exploratory study of socialization effects on Black children: some Black - White comparisons. *Child Development*, 43, 261 - 267
- Baumrind, D. (1978). Parental Disciplinary Patterns and Social Competence in Children. *Youth and Society*, 9, 239-276.
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27, 542-559.

- Becker, K. D., & Ginsburg, G. S. (2011). Maternal anxiety, behaviors, and expectations during behavioral tasks: Relation to children? Task self-appraisals. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 320-333.
- Becker, K. D., Ginsburg, G. S., Domingues, J., & Tein, J. Y. (2010). Maternal control behavior and locus of control: Examining mechanisms in the relation between maternal anxiety disorders and anxiety symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 533-543.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918-924.
- Bergman, L. R., Cairns, R. B., Nilsson, L. G., & Nystedt, L. (2000). *Developmental science and the holistic approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Berman, S. L., Weems, C. F., Silverman, W. K. & Kurtines, W. M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, 31(4), 713-731.
- Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A. G., & Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1384-1394.
- Bodden, D. H., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 487-497.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856.
- Bögels, S. M., & Perotti, E. C. (2011). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 171-181.
- Bögels, S. M., & Van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1583-1596.
- Bögels, S. M., Stevens, J., & Majdandžić, M. (2011). Parenting and social anxiety: Fathers' versus mothers' influence on their children's anxiety in ambiguous social situations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 599-606.
- Bögels, S. M., van Dongen, L., & Muris, P. M. (2003). Family influences on dysfunctional thinking in anxious children. *Infant and Child Development*, 12, 243-252.
- Bögels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. *Clinical psychology review*, 28(4), 539-58.

- Brannan, A. M., Heflinger, C. A., & Foster, E. M. (2003). The role of caregiver strain and other family variables in determining children's use of mental health services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11(2), 77-91.
- Breinholst, S., Esbjørn, B.H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P., (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: a review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (3), 416-424.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Furnham, A. (1996). Intergenerational links and positive self-cognitions: Parental correlates of optimism, learned resourcefulness, and self-evaluation. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 247-263.
- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual review of psychology*, 51, 315-344.
- Bugental, D. B., & Lewis, J. C. (1999). The paradoxical misuse of power by those who see themselves as powerless: How does it happen? *Journal of Social Issues*, 55, 51-64.
- Bugental, D. B., Blue, J., & Cruzcosa, M. (1989). Perceived control over caregiving outcomes: Implications for child abuse. *Developmental Psychology*, 25, 532-539.
- Burbach, D. J., & Borduin, C. M. (1986). Parent-child relations and the etiology of depression. *Clinical Psychology Review*, 6(2), 133-153.
- Burns, R. A., Anstey, K. J., & Windsor, T. D. (2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 240-248.
- Burnstein, M., & Ginsburg, G. S. (2010). The effect of parental modeling of anxious behaviors and cognitions in school-aged children: An experimental pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 506-515.
- Caldas Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Capps, L., & Ochs, E. (1995). *Constructing panic: The discourse of agoraphobia*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., and Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 421-436.
- Chan, T. W., & Koo, A. (2011). Parenting Style and Youth Outcomes in the UK. *European Sociological Review*, 27(3), 385-399.

- Chao, R. K. (1994). Beyond parental control and authoritarian parenting style: understanding Chinese parenting through the cultural notion of training. *Child Development, 65*(4), 1111-1119.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depression and Anxiety, 20*(4), 155-164.
- Chen, X., Hastings, P. D., Rubin, K. H., Chen, H., Cen, G., & Stewart, S. L. (1998). Child-rearing attitudes and behavioral inhibition in Chinese and Canadian toddlers: A cross-cultural study. *Developmental Psychology, 34*, 677-686.
- Chorpita, B. F. (2001). Control and the development of negative emotions. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Ed.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 112- 142). New York: Oxford University Press.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*(1), 3-21.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 74-85.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy, 29*(3), 457-476.
- Clark, K. E., & Ladd, G. W. (2000). Connectedness and autonomy support in parent-child relationships: links to children's socioemotional orientation and peer relationships. *Developmental Psychology, 36*(4), 485-498.
- Clarke, K., Cooper, P., & Creswell, C. (2013). The parental overprotection scale: associations with child and parental anxiety. *Journal of Affective Disorders, 151*(2), 618-624.
- Cobham, V. E. (1998). The case for involving the family in the treatment of childhood anxiety. *Behaviour Change, 15*, 203-212.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(6), 893-905.
- Cole, D. A., Maxwell, S. E., & Martin, J. M. (1997). Reflected self-appraisals: Strength and structure of the relation of teacher, peer, and parent ratings to children's self-perceived competencies. *Journal of Educational Psychology, 89*(1), 55-70.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D., & Burns, D. D. (2005). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review, 24*, 583-616.

- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder Jr., G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L., & Witbeck, L. B. (1992). A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Development*, 63, 526-541.
- Conley, C. S., Caldwell, M. S., Flynn, M., Dupre, A. J., & Rudolph, K. D. (2004). Parenting and mental health. In M. Hoghughi & N. Long (Eds.), *Handbook of parenting: Theory and research for practice* (pp. 276-295). London: Sage Publications.
- Cooper, P. J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H., & Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 205-212.
- Cooper, P. J., Gallop, C., Willetts, L., & Creswell, C. (2008). Treatment Response in Child Anxiety is Differentially Related to the Form of Maternal Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(1), 41-48.
- Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Epidemiology. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 109-124). New York, NY: Guilford Press
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14(4), 631-648.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(2), A4-36.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO: Westview Press.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depress Anxiety*, 29(9), 749-753.
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1182-1189.
- Creswell, C. A., Schneiring, C., & Rapee, R. M. (2005). Threat interpretation in anxious children and their mothers: Comparison with nonclinical children and the effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1375-1381.
- Creswell, C., & O'Connor, T. (2006). 'Anxious cognitions' in children: An exploration of associations and mechanisms. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 761-766.
- Creswell, C., Murray, L., & Cooper, P. (2014). Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 453-465.
- Creswell, C., Murray, L., Stacey, J., & Cooper, P. (2011). Parenting and child anxiety. In W. K. Silverman & A. P. Field (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2<sup>a</sup> ed.).



Cambridge, England: Cambridge Child and Adolescent Psychiatry, Cambridge University Press.

- Creswell, C., O'Connor, T. G., & Brewin, C. R. (2006). A longitudinal investigation of maternal and child 'anxious cognitions'. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 135-147.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. NY: Guilford Publications
- Dadds, M. R., & Barrett, P. M. (1996). Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behaviour Change*, 13(4), 231-239.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 145-150.
- Dadds, M. R., Roth, J. H., & Vasey, M. W. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*, (pp. 278-303). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(4), 627-635.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context - an Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- de Rosnay, M., Cooper, P. J., Tsigaras, N., & Murray, L. (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: an experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1165-1175.
- de Wilde, A., & Rapee, R. M. (2008). Do controlling maternal behaviours increase state anxiety in children's responses to a social threat? A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 526-537.
- Deakin, J. (1998). The role of serotonin in depression and anxiety. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 13 Suppl 2(Suppl 2), 57s-63s.
- DiBartolo, P. M., & Helt, M. (2007). Theoretical models of affectionate versus affectionless control in anxious families: a critical examination based on observations of parent-child interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 253-274.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 120, 3-25.
- Dozois, D. J. A., Seeds, P. M., Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 44-59.
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2011). Parenting Practices of Anxious and Non-Anxious Mothers: A Multi-method Multi-informant Approach. *Child Family Behavior Therapy*, 33(4), 299-321.



- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 144-162.
- Egliston, K. A., & Rapee, R. M. (2007). Inhibition of fear acquisition in toddlers following positive modelling by their mothers. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1871-1882.
- Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. New York, NY: Oxford University Press.
- Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 601-612.
- Evans, K. & Field, A. P. (2008). A Neglectful Parenting Style Mediates the Effect of the Verbal Threat Information Pathway On Children's Heart Rate Responses to Novel Animals. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (4), 473-482.
- Feinman, S., & Lewis, M. (1983). Social referencing at 10 months: a second-order effect on infants' responses to strangers. *Child Development*, 54, 878-887.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., Mayes, L. C., & Erlich, S. H. (1997). Change in mother-infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior & Development*, 20(2), 151-163.
- Feng, X., Shaw, D. S., & Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 32-47.
- Field A. P., & Purkis H. M. (2011). The role of learning in the etiology of child and adolescent fear and anxiety In Silverman W. K. & Field A. P. (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (2<sup>a</sup> ed., pp. 227-256). Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Field A. P., Hadwin J. A., & Lester K. J. (2011). Information processing biases in child and adolescent anxiety: Evidence and origins. In Silverman W. K. & Field A. P. (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (2<sup>a</sup> ed., pp. 103-128). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Field, A. P. (2006). Watch out for the beast: fear information and attentional bias in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 431-9.
- Field, A. P., & Lawson, J. (2003). Fear information and the development of fears during childhood: Effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1277-1293.
- Field, A. P., Ball, J. E., Kawycz, N. J. & Moore, H. (2007). Parent-Child Relationships and the Verbal Information Pathway to Fear in Children: Two Preliminary Experiments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 473-486.

- Field, A. P., Hamilton, S. J., Knowles, K. a, & Plews, E. L. (2003). Fear information and social phobic beliefs in children: A prospective paradigm and preliminary results. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 113-123.
- Field, A. P., Lawson, J., & Banerjee, R. (2008). The verbal threat information pathway to fear in children: the longitudinal effects on fear cognitions and the immediate effects on avoidance behavior. *Journal of abnormal psychology*, 117(1), 214-224.
- Fisak, B., & Grills-Tauechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer:
- Fisak, B., Holderfield, K. G., Douglas-Osborn, E., & Cartwright-Hatton, S. (2012). What do parents worry about? Examination of the construct of parent worry and the relation to parent and child anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(5), 542-557.
- Fisak, B., Jr., & Grills-Tauechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 213-231.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review Psychology*, 56, 235-262.
- Francis, S., & Chorpita, B. R. (2009). Parental beliefs about child anxiety as a mediator of parent and child anxiety. *Cognitive Therapy and Research*. DOI 10.1007/s10608-009-9255-9.
- Frosch, C. A., & Mangelsdorf, S. C. (2001). Marital behavior, parenting behavior, and multiple reports of preschoolers' behavior problems: mediation or moderation? *Developmental Psychology*, 37(4), 502-519.
- Gallagher, B., & Cartwright-Hatton, S. (2009). The Relationship between Parental Anxiety and Child-Related Cognition: An Experimental Approach. *Cognitive Research and Therapy*, 33, 523-531.
- Gar, N. S., & Hudson, J. L. (2008). An examination of the interactions between mothers and children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1266-1274.
- Gar, N. S., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2005). Family factors and the development of anxiety disorders. In: Hudson JL, Rapee RM, editors. *Psychopathology and the family* (pp. 125-145). Elsevier, Oxford, UK.
- Garcia, F., & Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, 44(173), 101-131.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G., & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology review*, 10, 251-277.
- Gerull, F. C., & Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 279-287.

- Ginsburg, G. S., Grover, R. L. (2007). *Coding manual for parent-child interactions*. Johns Hopkins University, Baltimore. Manuscrito não publicado.
- Ginsburg, G. S. (2009). The Child Anxiety Prevention Study: intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 580-587.
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., & Ialongo, N. (2004). Parenting Behaviors Among Anxious and Non-Anxious Mothers: Relation with Concurrent and Long-Term Child Outcomes. *Child & Family Behavior Therapy*, 26(4), 23-41.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., Cord, J. J., & Ialongo, N. (2006). Observational measures of parenting in anxious and nonanxious mothers: does type of task matter? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(2), 323-328.
- Graham, R. A., & Weems, C. F. (2014). Identifying moderators of the link between parent and child anxiety sensitivity: The roles of gender, positive parenting, and corporal punishment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 885-93.
- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 199-212.
- Grolnick, W. S., & Gurland, S. T. (2002). Mothering: Retrospect and prospect. In J. McHale & W. S. Grolnick (Eds.), *Retrospect and prospect in the psychological study of families* (pp. 5-33). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grotevant, H. D., & Carlson, C. I. (1989). *Family assessment: A guide to methods and measures*. New York: Guilford.
- Gruner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(1), 27-35.
- Grusec, J. E., Goodnow, J. J., & Kuczynski, L. (2000). New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. *Child Development*, 71(1), 205-211.
- Grusec, J.E., & Ungerer, J. (2003). Effective socialization as problem solving and the role of parenting cognitions. In L. Kuczynski (Ed.), *Handbook of dynamics in parent-child relations* (pp. 211-228). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Guzell, J.R. & Vernon-Feagans, L. (2004) Parental perceived control over caregiving and its relationship to parent-infant interaction. *Child Development*, 75, 134-146.
- Hadwin, J. A., Garner, M., & Perez-Olivas, G. (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: a review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 876-894.

- Harkness, S., Super, C. M., & van Tijen, N. (2000). Individualism and the 'western mind' reconsidered: American and Dutch parents' ethnotheories of the child. In S. Harkness, C. Raeff, & C. M. Super (Eds.), *Variability in the social construction of the child. New Directions for Child and Adolescent Development*, 87, 23–29.
- Hetherington, E., & Martin, B. (1986). Family factors and psychopathology in children. In H. Quay and J. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3rd ed., pp. 332–390). New York; Wiley.
- Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S. V., & Rosenbaum, J. F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 910-917.
- Holden, G. W., & Edwards, L. A. (1989). Parental attitudes toward child rearing: Instruments, issues, and implications. *Psychological Bulletin*, 106(1), 29-58.
- Hsu, H.C., & Lavelli, M. (2005). Perceived and observed parenting behavior in American and Italian first-time mothers across the first 3 months. *Infant Behavior and Development*, 28(4), 503–518.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1411-1427.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(4), 548-555.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of Generalized Anxiety Disorder. In: Heimberg, R. G.; Turk, C. L.; Mennin, D.S., editors. *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice* (pp. 51-74). Guilford, New York.
- Hudson, J. L., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2008). Parental responses to positive and negative emotions in anxious and nonanxious children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 303-313.
- Hudson, J. L., Lester, K. J., Lewis, C. M., Tropeano, M., Creswell, C., Collier, D., Cooper, P., et al. (2013). Predicting outcomes following cognitive behaviour therapy in child anxiety disorders: the influence of genetic, demographic and clinical information. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(10), 1086-94.
- Ispa, J. M., Fine, M. A., Halgunseth, L. C., Harper, S., Robinson, J., Boyce, L., . . . Brady-Smith, C. (2004). Maternal intrusiveness, maternal warmth, and mother-toddler relationship outcomes: variations across low-income ethnic and acculturation groups. *Child Development*, 75(6), 1613-1631.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. a, Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6, CD004690.

- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents*, 19(5).
- Jongerden, L., Cvetkovski, S., Jorm, A. F., & Lubman, S. M. (2015). Factors associated with the referral of anxious children to mental health care: the influence of family functioning, parenting, parental anxiety and child impairment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 46-57.
- Kaslow, N. J., Rehm, L.P. & Siegel, A W., (1984) Social-Cognitive and Cognitive Correlates of Depression in children. *Journal Abnormal Child Psychology*, 12(4), 605-620.
- Kendall, P. C., Aschenbrand, S. G.; Hudson, J. (2003). Child-focused treatment of anxiety. In: Kazdin, AE.; Weisz, JR., editors. *Evidence- based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 81-100). Guilford, New York.
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., . . . Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 360-365.
- Kerig, P. & Lindahl, K. (2001). Family observational coding systems: Resources for systemic research. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., . . . Merikangas, K. R. (2012a). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*, 69(4), 372-380.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012b). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*, 60(7), 709-717.
- King, R. Gullone, E., & Ollendick, T. (1996). Etiology of childhood phobias: Current status of Rachman's three pathways theory. *Behaviour Research and Therapy*, 36(3), 297-309.
- Klein, R. G., & Last, C. G. (1989). *Anxiety disorders in children*. London: Sage.
- Kortlander, E., Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. M. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 297-315.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of general psychiatry*, 46(9), 776-782.
- Krohne, H. W. (1990). Parental childrearing and anxiety development. In K. Hurrelmann, & F. Losel, *Health hazards in adolescence* (pp. 115-130). Berlin: Walter de Gruyter.

- Krohne, H. W., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.
- Kuppens, S., Grietens, H., Onghena, P., & Michiels, D. (2009). Relations between parental psychological control and childhood relational aggression: reciprocal in nature? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(1), 117-131.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 685-695.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065.
- Larson, R. W., & Richards, M. H. (1991). Boredom in the middle school years: blaming schools versus blaming students. *American Journal of Education*, 99, 418-443.
- Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: a prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 645-652.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, a, Orvaschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of general psychiatry*, 48(10), 928-934.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1502-1510.
- Lazarus, R. S., Dodd, H. F., Majdandžić, M., de Vente, W., Morris, Byrow, Y., Bögels, S. M., & Hudson, J. L. (2016). The relationship between challenging parenting behaviour and childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 190, 784-91.
- Lester, K. J., Field, A. P., Oliver, S., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Do anxious parents interpretive biases towards threat extend into their child's environment? *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 170-174
- Lester, K., Field, A. & Cartwright-Hatton, S. (2012) Maternal anxiety and cognitive biases towards threat in their own and their child's environment. *Journal of Family Psychology*, 26 (5), 756-766.
- Lester, K.J., Seal, K., Nightingale, Z.C., Field, A.P., 2010. Are children's own interpretations of ambiguous situations based on how they perceive their mothers have interpreted ambiguous situations for them in the past? *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (1), 102-108.
- Leung, L., & Lee, P.S. N. (2012). The influences of information literacy, internet addiction and parenting styles on internet risks. *New Media & Society*, 14, 1117-1136.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M., Wilson, S. B., Allan, N. P. (2011). Temperament and anxiety in children and adolescents. In W. K. Silverman & A. P. Field (Eds.), *Anxiety disorders in*



- children and adolescents* (2<sup>a</sup>, pp. 198–224). Cambridge, England: Cambridge Child and Adolescent Psychiatry, Cambridge University Press.
- Lovejoy, M. C., Weis, R., O'Hare E., & Rubin E. C. (1999). Development and initial validation of the Parent Behavior Inventory. *Psychological Assessment*, 11(4), 534–545.
- Luis, T. M., Varela R. E., & Moore, K. W. (2008). Parenting practices and childhood anxiety reporting in Mexican, Mexican American, and European American families. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1011–1020.
- Luthar, S. S., Suchman, N. E., & Altomare, M. (2007). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A randomized clinical trial for substance abusing mothers. *Development and Psychopathology*, 19(1), 243–261.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. Mussen (Ed.) *Handbook of Child Psychology*, Vol.4. New York: Wiley.
- Maccoby, E.E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Magana, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., & Miklowitz, D. J. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.
- Majdandžić, M., de Vente, & W. Bögels S.M. (2015). Challenging parenting behavior from infancy to toddlerhood: Etiology, measurement, and differences between fathers and mothers. *Infancy*, 1–30.
- Majdandžić, M., Möller, E. L., De Vente, W., Bögels, S. M., & Van den Boom, D. C. (2014). Fathers' challenging parenting behavior prevents social anxiety development in their 4-year-old children: A longitudinal observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(2), 301–310.
- Manassis, K., & Bradley, S. (1994). Fluoxetine in Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(5), 761-762.
- Mandara, J. (2003). The typological approach in child and family psychology: a review of theory, methods, and research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2), 129-146.
- Markus, M. T., Lindhout, I. E., Boer, F., Hoogendijk, T. H. G., & Arrindell, W. A. (2003). Factors of perceived parental rearing styles: the EMBU-C examined in a sample of Dutch primary school children. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 503-519.
- Markus, M. Th., Lindhout, I. E., Boer, F., Hoogendijk, T. H. G., & Arrindell, W. A. (2003). Factors of perceived parental rearing styles: the EMBU-C examined in a sample of Dutch primary school children. *Personality and Individual Differences*, 34, 503–519.
- Martínez, I., García, J. F, & Yubero, S. (2007). Parenting styles and adolescents' self-esteem in Brazil. *Psychological Reports*, 100(3), 731-45.

- Masia, C.L. & Morris, T.L. (1998). Parental factors associated with social anxiety: Methodological limitations and suggestions for integrated behavioral research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 211-228.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 1-10.
- McGillicuddy-De Lisi, A. V., & Sigel, I. E. (2002). Parenting Beliefs are Cognitions: The dynamic belief systems model. In M.H. Bornstein (Ed). *Handbook of Parenting*. Vol 3. Mahway, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- McGinn, L. K., Cukor, D., & Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 219-242.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 986-1003.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Avny, S. B. (2011). Parenting and child anxiety. In D. McKay & E. Storch (Eds.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 213-230). New York: Springer
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- Merikangas, K. R., Dierker, L. C., & Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 711-720.
- Micco, J. A., & Ehrenreich, J. T. (2008). Children's interpretation and avoidant response biases in response to nonsalient and salient situations: Relationships with mothers' threat perception and coping expectations. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 371-385.
- Miller, S. A. (1995). Parents' attributions for their children's behavior. *Child Development*, 66, 1557-1584.
- Mills, R. S. L. & Rubin, K. H. (1990). Parental beliefs about problematic social behaviors in early childhood. *Child Development*, 61, 138-151.
- Mills, R. S. L., & Rubin, K. H. (1993). Socialization factors in the development of social withdrawal. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 117-148). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Mills, R.S.L. & Rubin, K.H. (1992). Continuity and change in maternal beliefs about adaptive and maladaptive social behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly*, 48, 494-512.



- Möller, E. L., Majdandžić, M., de Vente, & W. Bögels S.M. (2013). The evolutionary basis of sex differences in parenting and its relationship with child anxiety in Western societies. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4 (2), 88–117.
- Möller, E. L., Majdandžić, M., Vriends, N., & Bögels, S. M. (2014). Social referencing and child anxiety: The evolutionary based role of fathers' versus mothers' signals. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1268-1277.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 471-476.
- Morris, A. S, Cui, L., & Steinberg, L. (2013). Parenting research and themes: What we've learned and where to go next. In: Larzelere RE, Morris AS, Harrist AW, editors (pp. 35–58). *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development*. Washington, D.C: APA.
- Muris P., Bodden D., Merckelbach H., Ollendick T., King N. (2003). Fear of the beast: a prospective study on the effects of negative information on childhood fear. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 195–208.
- Muris, P. & Field, A. P. (2011). The normal development of fear in children and adolescents. In W. K. Silverman, & A. P. Field (Eds.) *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment and Intervention* (2<sup>a</sup> Ed., pp. 76–89). Cambridge: Cambridge University Press.
- Muris, P. (2006). Relation of attention control and school performance in normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 102(1), 78-80.
- Muris, P., & Broeren, S. (2009). Twenty-five Years of Research on Childhood Anxiety Disorders: Publication Trends Between 1982 and 2006 and a Selective Review of the Literature. *Journal of Child and Family Studies*, 18(4), 388-395.
- Muris, P., & Field, A. P. (2010). The role of verbal threat information in the development of childhood fear. "Beware the Jabberwock!" *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 129-150.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 265-268.
- Muris. P., Loxton, H., Neumannc, A., Plessis, M., Kinge, N., & Ollendick, T. (2006). DSM-defined anxiety disorders symptoms in South African youths: Their assessment and relationship with perceived parental rearing behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 883–896.
- Murphey, D. (1992). Constructing the child: Relations between parents' beliefs and child outcomes. *Developmental Review*, 12, 199-232.

- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 45-52.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413-1423.
- Murray, L., de Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, L., Royal-Lawson, M. & Cooper, P. J. (2008). Intergenerational transmission of maternal social anxiety: the role of the social referencing process. *Child Development*, 79, 1049-1064.
- Nanda, M. M., Kotchick, B. A., & Grover, R. L. (2012). Parental Psychological Control and Childhood Anxiety: The Mediating Role of Perceived Lack of Control. *Journal of Child and Family Studies*, 21(4), 637-645.
- O'Connor, T. G. (2006). Toward integrating behavioral genetics and family process. *Families, Systems, and Health*, 24(4), 416-424.
- Oliver, J. M., & Berger, L. S. (1992). Depression, parent-off-spring relationships and cognitive vulnerability. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 415-429.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21(6), 685-692.
- Ollendick, T. H., Yang, B., King, N. J., Dong, Q., & Akande, A. (1996). Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: a cross-cultural study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 37(2), 213-220.
- Orchard, F., & Cooper, P. (2013). Interpretation and Expectations Among Mothers of Children with Anxiety Disorders: Associations With Maternal Anxiety Disorder. *Depression and Anxiety*, 0, 1-9.
- Palacios, J., Rodrigo, M. J. (1998), La familia como contexto de desarrollo humano. In M. J. Rodrigo, J. Palacios, J. (Eds.), *Familia y desarrollo humano*. Alianza Editorial. Madrid
- Parke, R. D. (2002). Punishment revisited—Science, values, and the right question: Comment on Gershoff (2002). *Psychological Bulletin*, 128, 596-601.
- Parker G. (1990). The Parental Bonding Instrument. A decade of research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 281-282.
- Parker, G. (1981). Parental reports of depressives: An investigation of several explanations. *Journal of Affective Disorders*, 3(2), 131 - 140
- Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40(9), 956-960.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

- Patrick, H., Hennessy, E., Mcspadden, K., Oh, A., (2013). Parenting styles and practices in children's obesogenic behaviors: scientific gaps and future research directions. *Childhood Obesity*, 9, S73-86.
- Pedersen, W. (1994). Parental relations, mental health, and delinquency in adolescents. *Adolescence*, 29(116), 975-990.
- Percy, R., Creswell, C., Garner, M., O'Brien, D. & Murray, L. (2015). Parents' verbal communication and childhood anxiety: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1-21.
- Pereira, A. I., Canavarro, J. M., Cardoso, M. F., Mendonça, D. V. (2009). Envolvimento parental na escola e ajustamento em crianças do 1º ciclo do ensino básico, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 42 (1), 91-110.
- Pereira, A. I., Muris, P., Mendonça, D., Barros, L., Goes, A. R., & Marques, T. (2015). Parental Involvement in Cognitive-Behavioral Intervention for Anxious Children: Parents' In-Session and Out-Session Activities and Their Relationship with Treatment Outcome. *Child psychiatry and human development*, 47(1), 113-23.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274.
- Power, T. G., Sleddens, E. F., Berge, J., Connell, L., Govig, B., Hennessy, E., Liggett, L., Mallan, K., Santa Maria, D., Odoms-Young, A., & St George, S. M. (2013). Contemporary research on parenting: conceptual, methodological, and translational issues. *Childhood Obesity*, 9(1), 87-94.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-387.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67.
- Rapee, R. M. (2001). *Generalised Anxiety Disorder*. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), New York: Oxford University Press.
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: prevention of a lifetime of anxiety? *Biological Psychiatry*, 52(10), 947-957.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Raudino, A., Murray, L., Turner, C., Tsampala, E., Lis, A., De Pascalis, L. & Cooper, P. J. (2013), Child anxiety and parenting in England and Italy: the moderating role of maternal warmth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 1318-1326.
- Reavley, N. J., Cvetkovski, S., Jorm, A. F., & Lubman, D. I. (2010). Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: results from the 2007.

- Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 729-35.
- Reeves, J., Reynolds, S., Coker, S., & Wilson, C., 2010. An experimental manipulation of responsibility in children: a test of the inflated responsibility model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental*, 41 (3), 228-233.
- Rekart, K. N., Mineka, S., Zinbarg, R. E., & Griffith, J. W. (2007). Perceived family environment and symptoms of emotional disorders: The role of perceived control, attributional style, and attachment. *Cognitive Therapy and Research*, 31(4), 419-436.
- Repetti, R. L. (1996). The effects of perceived daily social and academic failure experiences on school-age children's subsequent interactions with parents. *Child Development*, 67(4), 1467-82.
- Rodrigo, M. J., Janssens, J. M. A. M., & Ceballos, E. (1999). Do children's perceptions and attributions mediate the effects of mothers' child-rearing actions? *Journal of Family Psychology*, 13(4), 508-522
- Rodrigo, M.J., & Palacios, J. (2008). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. In M. J. Rodrigo & J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 45-70). Madrid: Alianza Editorial.
- Rohner, R. P. (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome": universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59(8), 830-840.
- Rork, K. & Morris, T.L. (2009). Influence of parenting factors on childhood social anxiety. Direct observation of parental warmth and control. *Child and Family Behavior Therapy*, 31, 220-235.
- Rothbaum, F., & Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116(1), 55-74.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting. *Child Development*, 73, 483-95.
- Rubin, K. H., Hastings, P. D., Stewart, S. L., Henderson, H. A., & Chen, X. (1997). The consistency and concomitants of inhibition: some of the children, all of the time. *Child Development*, 68(3), 467-483.
- Rubin, K. H., Nelson, L. J., Hastings, P. D., & Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 937-58.
- Rubin, K. H. & Mills, R. S. L. (1990). Maternal beliefs about adaptive and maladaptive social behaviors in normal, aggressive and withdrawn preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 419-436.

- Rubin, K. H. & Mills, R. S. L. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 23, 300-317.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Thorpe, S., (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (4), 347-372.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The development ecology of early intervention. In S. Meisels, J. Shonkoff, (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. (2<sup>a</sup> ed., pp. 135-15). Cambridge: Cambridge University Press.
- Saudino, K. J. (2005). Behavioral genetics and child temperament. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(3), 214-223.
- Sayal, K. (2004). The role of parental burden in child mental health service use: longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1328-1333.
- Schaefer, E. S. (1965). A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 29(6), 552-557.
- Scott, W. A., Scott, R., & McCabe, M. (1991). Family relationships and children's personality: A cross-cultural, cross-source comparison. *British Journal of Social Psychology*, 30, 1-20.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Sentse, M., Lindenberg, S., Omvlee, A., Ormel, J., & Veenstra, R. (2010). Rejection and acceptance across contexts: parents and peers as risks and buffers for early adolescent psychopathology. The TRAILS study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 119-130.
- Settipani, A., O'Neil, A., Podell, L., Beidas, S., Kendall, P.C. (2013). Youth anxiety and parent factors over time: directionality of change among youth treated for anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42 (1), 9-21.
- Sigel, I. E., & McGillicuddy-De Lisi, A. V. (2002). Parent beliefs are cognitions: The dynamic belief systems models. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Volume 3: Being and becoming a parent* (2<sup>a</sup> ed., pp. 485-508). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Silk, J. S., Morris, A. S., Kanaya, T., & Steinberg, L. (2003). Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs? *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 113-128.
- Silove, D., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Manicavasagar, V., & Blaszczynski, A. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 835-841.

- Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (1996). Transfer of control: A psychosocial intervention model for internalizing disorders in youth. In Hibbs, E.D., Jensen, P.S. (Eds), *Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 97-119). Washington, DC: American Psychological Association.
- Silverman, W. K Kurtines, W. M., Jaccard, J., & Pina, A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: An initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 474 - 485
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 225-237.
- Solantaus, T., Leinonen, J., & Punamaki, R. L. (2004). Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology*, 40(3), 412-429.
- Sorkhabi, N., & Mandara, J. (2012). Are the Effects of Baumrind's Parenting Styles Culturally Specific or Culturally Equivalent? In R. Larzelere, & A. S. Morris, & A. Harrist (Eds.) *Authoritative Parenting: Synthesizing Nurture and Discipline for Optimal Child Development* (pp.113-135). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Soysa, C. K., & Weiss, A. (2014). Mediating perceived parenting styles-test anxiety relationships: Academic procrastination and maladaptive perfectionism. *Learning and Individual Differences*, 34, 77-85.
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 527-547.
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Laurent, J., Livingston, R., & Christopher, J. (1993). Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 878-886.
- Stark, K. D., Schmidt, K. L., & Joiner, T. E. (1996). Cognitive Triad: Relationship to depressive symptoms, parents' cognitive triad, and perceived parental messages. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 615-631.
- Steinberg, L. (2001). We know these things: Parent adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1 – 19.
- Steinberg, L. (2005). Psychological control: Style or substance? In Changing boundaries of parental authority during adolescence. In W. Damon & J. Smetana (Eds.). *New directions for child and adolescent development* (Vol. 108, pp. 71-78). New York: Wiley.
- Steinberg, L., Dornbusch, S. M., & Brown, B. B. (1992). Ethnic differences in adolescent achievement. An ecological perspective. *American Psychology*, 47(6), 723-729.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754-770



- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time Changes in Adjustment and Competence among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Development*, 65 (3), 754-70.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, 63(5), 1266-1281.
- Steinberg, L., Mounts, N., Lamborn, S., & Dornbusch, S. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across various ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 19-36.
- Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing Disorders in Early Childhood: A Review of Depressive and Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 593-610.
- Teetsel, R. N., Ginsburg, G. S., & Drake, K. L. (2014). Anxiety Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Mothers and Fathers. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(2), 133-142.
- Teti, D. M., & Candelaria, M. (2002). Parenting competence. In: Bornstein MH, editor. *Handbook of parenting Applied Parenting* (Vol. 4, pp. 149-180). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thirlwall, K., & Creswell, C. (2010). The impact of maternal control on children's anxious cognitions, behaviours and affect: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1 041-1046.
- Thomasgard, M., Metz, W. P., Edelbrock, C., & Shonkoff, J. P. (1995). Parent-child relationship disorders. Part I. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(4), 244-250.
- Timpano, K. R., Exner, C., Glaesmer, H., Rief, W., Keshaviah. A., Brahler, E., & Wilhelm, S. (2011). The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 780-786.
- Turk, E., & Bry, B. H. (1992). Adolescents' and parents' explanatory styles and parents' causal explanations about their adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 349 - 357.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 229-235.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 541-554. 1

- van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M., & van Zeilst, N.. (2010). What influences parental controlling behaviour? The role of parent and child trait anxiety. *Cognition & Emotion*, 24(1), 141-149.
- van der Bruggen, C. O., Stams, G. J., & Bögels, S. M. (2008). Research review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- Van der Sluis, C. M., van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). Parenting and Children's Internalizing Symptoms: How Important are Parents? *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3652-3661.
- Vasey, M. W., Dadds, M. R., (2001). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.
- Verhoeven, M., Bögels, S. M., & van der Bruggen, C. C. (2012). Unique Roles of Mothering and Fathering in Child Anxiety; Moderation by Child's Age and Gender. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 331-343.
- Waite, P. & Creswell, C. (2015) Observing interactions between children and adolescents and their parents: the effects of anxiety disorder and age. *Journal of Abnormal Child Psychology* (no prelo). doi: 10.1007/s10802-015-0005-z.
- Weems, C. F., & Graham, R. A. (2014). Resilience and trajectories of posttraumatic stress among youth exposed to disaster. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24, 2-8.
- Weissman, M. M., Leckman, J. F., Merikangas, K. R., Gammon, G. D., & Prusoff, B. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study. *Archives of general psychiatry*, 41(9), 845-52.
- Wen, X., & Hui, S. S. C. (2012). Parenting style as a moderator of the association between parenting behaviors and the weight status of adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 32(2), 252-268
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 826-836.
- Wheatcroft, R., & Creswell, C. (2007). Parents' cognitions and expectations about their pre-school children: The contribution of parental anxiety and child anxiety. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 435-441
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology*, 42(2), 345-349.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Piacentini, J. C., & Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry & Human Development*, 40(2), 301-316.



- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314-321.
- Woodruff-Borden, J., & Leyfer, O. (2006). Anxiety and fear. In M. Hersen (Ed.), *Clinician's handbook of child behavioral assessment* (pp. 267-289). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.
- Yap, M. B., & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424-440.
- Yap, M. B., Allen, N. B., & Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(2), 180-196.
- Yap, M. B., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.
- Zabin, M. A., & Melamed, B. G. (1980). Relationship between Parental Discipline and Childrens Ability to Cope with Stress. *Journal of Behavioral Assessment*, 2(1), 17-38.
- Zhou, Q., Sandler, I., Millsap, R., Wolchik, S., & Dawson-McClure, S. (2008). Mother-child relationship quality and effective discipline as mediators of the six-year effects of the New Beginnings Program for children from divorced families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 579-594.
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(4), 153-161.



# Parte II

---

## METODOLOGIA

As ciências começam e acabam com um crepúsculo, com um ponto de interrogação.

[Paolo Montegazza]

## 2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O intuito do actual capítulo é descrever de forma sucinta e unificada os objectivos, procedimentos inerentes à constituição das amostras, selecção das variáveis, instrumentos e medidas de avaliação a fim de clarificar as opções metodológicas que constituem as diferentes fases da nossa investigação.

Partindo do projeto “Parentalidade e vulnerabilidades cognitivas para as perturbações de ansiedade na infância”<sup>11</sup> e da abordagem da psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti & Cohen, 1995), a presente investigação visou explorar e aprofundar a compreensão que temos acerca das significações, comportamentos e estratégias parentais relacionadas com a ansiedade dos filhos. Esse propósito guiou a nossa opção de explorar diversos níveis de análise da parentalidade (i.e., tipologias, comportamentos específicos, estratégias para lidar com a ansiedade da criança) mas também diversos domínios (i.e., comportamentos, emoções, crenças). De igual modo, e de forma transversal, quisemos integrar nos nossos estudos tanto mães como pais, com vista a compreender melhor o contributo do género parental na vivência da parentalidade no contexto da ansiedade infantil.

Salientamos ainda que a diversidade metodológica subjacente a esta dissertação que, ao combinar no seu desenho metodológico as abordagens quantitativa e qualitativa, lhe conferiu um carácter inovador e enriquecido.

---

<sup>11</sup> Projecto financiado pela FCT de que é investigadora principal a Professora Doutora Ana Isabel Pereira e que tem por objectivo contribuir para uma melhor compreensão e caracterização dos problemas de ansiedade na idade escolar e conhecer os factores que lhe estão associados.

## | Objectivos da investigação |

O objectivo principal deste trabalho consistiu em explorar e caracterizar o papel que a ansiedade, as significações, os estilos e as estratégias parentais têm no desenvolvimento e manutenção dos problemas de ansiedade em crianças portuguesas com idade escolar. Neste contexto, procurámos igualmente analisar estas variáveis parentais chave, de acordo com o género dos pais de modo a compreender melhor eventuais diferenças entre pais e mães no exercício da sua parentalidade e explorar a existência de efeitos diferenciais na ansiedade da criança.

De forma mais detalhada, procurámos alcançar as seguintes metas que serviram de orientação a cada um dos estudos empíricos:

**Estudo 1** | Identificar tipologias de estilos parentais e a forma como estas se relacionam com a ansiedade em pais e crianças de uma amostra comunitária;

**Estudo 2** | Caracterizar as interações de ambos os progenitores com crianças com e sem PA, nomeadamente através da identificação dos comportamentos parentais que antecedem e que precedem as respostas negativas e ansiosas destas crianças;

**Estudo 3** | Descrever e comparar as estratégias que os pais de crianças com PA referiram usar para lidar com a ansiedade dos filhos, com as estratégias observadas numa situação de interacção pais-criança, a fim de identificar eventuais acordos e discrepâncias;

**Estudo 4** | Explorar as crenças de causalidade, de evolução e de impacto que os pais têm quanto à ansiedade dos seus filhos.

Quadro 1. Objectivos gerais dos estudos empíricos

Designação	Objectivos Específicos
<p><b>Estudo I</b></p> <p>The relationship between different parenting typologies in fathers and mothers and children's anxiety</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propor uma tipologia de estilos e comportamentos parentais a partir de cinco dimensões-chave (suporte emocional, rejeição, controlo, superprotecção e incentivo ao confronto);</li> <li>2. Explorar tipologias paternas e maternas, separadamente, com vista a explorar diferenças na sua caracterização em função do género parental;</li> <li>3. Analisar a relação entre as tipologias paternas e maternas obtidas e a ansiedade das crianças;</li> <li>4. Analisar se existem diferenças entre tipologias parentais em função de características da criança (género e idade) e dos progenitores (ansiedade parental e ansiedade/preocupação em relação à criança).</li> </ol>
<p><b>Estudo II</b></p> <p>Interactions between anxious and non-anxious children, their fathers and mothers: an observational study using sequential analysis</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caracterizar as interacções entre crianças com PA e sem PA com os seus pais e mães;</li> <li>2. Analisar quais os comportamentos parentais com maior probabilidade de ocorrerem antes de uma resposta negativa da criança;</li> <li>3. Analisar quais os comportamentos parentais com maior probabilidade de ocorrerem após a ocorrência de uma resposta negativa por parte da criança;</li> <li>4. Comparar as sequências comportamentais de pais e mães dentro de cada grupo (com e sem PA).</li> </ol>
<p><b>Estudo III</b></p> <p>Parenting strategies to cope with children anxiety:  What parents say and do?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explorar as estratégias que os pais referem usar frequentemente para lidar com a ansiedade da criança em situações ocorridas no dia-a-dia;</li> <li>2. Identificar as estratégias que os pais usaram durante duas situações de interacção com a criança geradoras de ansiedade moderada;</li> <li>3. Comparar e analisar as discrepâncias entre as estratégias referidas pelos pais nas entrevistas e as usadas nas observações.</li> </ol>
<p><b>Estudo IV</b></p> <p>Father's and mother's beliefs about children's anxiety</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisar as percepções de causalidade, evolução e impacto que os pais têm em relação à ansiedade dos seus filhos;</li> <li>2. Comparar as percepções de pais e mães e identificar semelhanças e diferenças;</li> <li>3. Analisar se estas percepções parentais se relacionam com a procura de apoio especializado.</li> </ol>

No Quadro 1 são apresentados de forma sucinta os objectivos específicos dos estudos empíricos que compõem o nosso projecto de investigação. Devido ao seu carácter exploratório e com base nos desenhos metodológicos subjacentes aos nossos estudos, optámos por não formular hipóteses de investigação.

### | Desenho metodológico |

A nossa investigação resultou em vários estudos elaborados ao longo de diferentes fases do projecto. Cada estudo foi elaborado num só momento pelo que constituem desenhos de natureza transversal.

Esta investigação caracteriza-se pelo seu desenho misto, recorrendo assim quer a métodos quantitativos, quer qualitativos, para responder às diferentes questões que o orientam. A escolha dos métodos decorreu das questões de investigação. Enquanto o método qualitativo se adequou melhor à natureza exploratória de vários dos nossos objectivos e permitiu aprofundar o conhecimento de fenómenos mais complexos (e.g., as percepções dos pais relativamente à ansiedade da criança), o método quantitativo foi o mais indicado para estudar algumas relações entre variáveis e diferenças entre grupos em relação a essas mesmas variáveis (e.g., analisar as distinções entre as tipologias parentais encontradas de acordo com os níveis de ansiedade dos pais e da criança) (Minayo & Sanches, 1993). Apesar do uso combinado destes dois tipos de abordagens não ser consensual (e.g., Casebeer & Verhoef, 1997), optámos por focar as suas vantagens e integrar os pontos de vista distintos numa visão conciliadora. Com base no princípio da *complementaridade* (Greene, Caracelli, & Graham, 1989), o recurso a métodos quantitativos e qualitativos permitiu-nos analisar, compreender e



explorar várias facetas da parentalidade e da sua relação com a ansiedade infantil. Assim, os resultados obtidos a partir de um determinado método serviram de inspiração para melhorar ou ilustrar os resultados obtidos por um outro método, de forma dinâmica e enriquecedora.

Foi realizada igualmente uma investigação com amostras diversas (comunitária, crianças com PA e sem PA), com multi-informadores (pai, mãe, criança e clínico/observador) e com diferentes métodos de recolha de dados (escalas e questionários validados para a população portuguesa, entrevistas estruturada e semiestruturada, observação directa).

### | Procedimentos éticos |

Este projecto de investigação foi implementado de acordo com as normas da Declaração de Helsínquia (*World Medical Association*, 2000). A utilização dos instrumentos utilizados neste estudo foram devidamente autorizados pelos autores responsáveis pelas versões portuguesas. O processo de preparação e implementação do projecto seguiu um conjunto de procedimentos e princípios éticos. Numa primeira fase, o projecto foi submetido e aprovado por várias comissões nacionais e locais de ética e de direcção, nomeadamente:

- Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) [Autorização nº1675/2012]
  - Direcção Geral para o Desenvolvimento e Inovação Curricular (DGDIC)
- [Inquérito nº 0292700002]

- Comissão Especializada de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa
- Direcções dos agrupamentos de escolas envolvidos no estudo.

Na fase de implementação, foram informados todos os professores titulares e directores de turma acerca do objectivo e procedimentos associados à recolha de dados. Foi acordado com as direcções das escolas que os docentes teriam liberdade de optar por colaborar no estudo ou recusar participar. Apenas uma professora se mostrou indisponível para participar devido a questões curriculares.

A recolha de dados teve em conta vários princípios. Primeiro, foi entregue o Consentimento informado (*cf.* Apêndice 1) aos pais com informações relacionadas com o projecto, com o contacto da investigadora principal e explicitando a possibilidade de continuarem ou não a colaborar no estudo. Aos pais que aceitassem participar em mais do que uma fase do projecto, foi-lhes pedido que indicassem o seu contacto telefónico. Em segundo lugar, foi garantida a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes. Foram atribuídos códigos a cada criança no seu questionário e nos envelopes endereçados aos pais e às mães de modo a serem reconhecidos apenas pelos investigadores. Com vista a garantir a privacidade e independência das respostas dos pais e mães, foi pedido aos progenitores que preenchessem os protocolos em separado e os devolvessem em envelope fechado.

Em terceiro lugar, foram devolvidas informações gerais acerca dos resultados dos alunos por ciclo a cada agrupamento de escolas (*cf.* Apêndice 2). As famílias das crianças com confirmação de sintomas de ansiedade foram informadas a esse respeito e fornecida a possibilidade de serem acompanhadas gratuitamente no Serviço à

Comunidade da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Todas as famílias receberam cartões com os contactos do serviço. Uma criança recebeu acompanhamento clínico e uma mãe recebeu aconselhamento parental logo após a participação no estudo.

Em quarto lugar, as entrevistas e as observações foram realizadas em locais na comunidade como forma de evitar deslocações e despesas por parte das famílias. Relativamente às gravações e filmagens, todos os pais e crianças deram o seu consentimento prévio para o recurso a estes meios de recolha de dados.

Por último, as tarefas de observação foram planeadas de modo a poderem provocar níveis moderados de ansiedade, não representando qualquer perigo ou dano para o bem-estar e segurança da criança e das famílias.

## **| Procedimentos |**

Os participantes que constituem a nossa amostra foram recrutados a partir da população geral ou comunitária. A selecção da amostra foi efectuada através do procedimento de *screening* multi-etapas. Ao longo das diversas fases de avaliação, fomos fazendo recortes sucessivos com base nos critérios de inclusão inerentes a cada fase do estudo. Na figura 1 encontra-se descrito o processo de selecção da amostra ao longo de diversos momentos.

De uma forma geral, podemos dividir este processo em três fases principais que espelham diferentes etapas da avaliação. Passamos a descrevê-las e aos procedimentos principais utilizados em cada uma.

## 1ª FASE | Selecção da amostra comunitária

A recolha da amostra neste *primeiro momento* decorreu entre Fevereiro e Maio de 2012. As crianças que participaram neste estudo tinham entre 8 a 12 anos e foram recrutadas em três agrupamentos de escolas do ensino público. No total, foram envolvidas 12 escolas do 1º e 2º ciclo pertencentes à área geográfica da Grande Lisboa (Concelhos de Lisboa, Vila Franca de Xira e Benavente), abarcando uma área heterogénea constituída por zonas urbanas, semiurbanas e rurais. Incluímos apenas estas zonas do país para facilitar a deslocação das famílias à Faculdade de Psicologia durante as diferentes etapas do estudo, caso fosse necessário, e o acesso a tratamento, se as famílias posteriormente o desejassem.

O *principal objectivo* nesta fase preliminar foi o de avaliar a ansiedade das crianças e várias variáveis parentais através de medidas de auto-relato. Começámos por pedir às crianças que preenchessem o questionário SCARED-R/C em sessões colectivas na escola. A investigadora responsável esteve presente em todos os momentos de recolha de dados. Em cada sessão, foram dadas previamente as instruções de preenchimento do questionário e explicadas as questões de confidencialidade. Posteriormente foram lidos em voz alta todos os itens do SCARED-C, um a um, dando tempo a todos para responderem ao mesmo tempo e tirando as dúvidas que foram ocorrendo. Pretendeu-se assim diminuir o viés associado a diferenças individuais passíveis de influenciar o preenchimento do instrumento (e.g., dificuldades ao nível da leitura). No final das sessões de preenchimento na sala de aula, foram entregues a cada criança dois envelopes com os protocolos dirigidos a cada um dos pais (ou outros cuidadores principais), tendo estes sido devolvidos posteriormente, em envelope selado, aos respectivos directores de turma. Os protocolos continham um conjunto de

instrumentos - uma ficha sociodemográfica e três questionários - a ser preenchido pelos pais e pelas mães das crianças do estudo (*cf.* Apêndice 4).

A *taxa de adesão* total nos três agrupamentos de escolas foi de 58% das crianças entre o 3º e o 6º ano de escolaridade. Por sua vez, 18% recusaram e 24% não devolveram o consentimento informado assinado.

Os *critérios de inclusão* nesta primeira fase do estudo foram: (a) as crianças terem entre 8 e 12 anos; (b) as crianças não apresentarem problemas de desenvolvimento ou défice cognitivo capaz de comprometer a compreensão e preenchimento do questionário de modo adequado, tendo sido esta informação fornecida pela escola; e (c) os protocolos dos pais estarem completa e correctamente preenchidos.

No total, 1000 crianças, entre o 3º e o 6º ano de escolaridade, preencheram o questionário SCARED-R/C. Destas, foram imediatamente excluídas 13 crianças por se encontrarem fora do intervalo etário pretendido ( $n = 9$ ), por terem sido sinalizadas pela escola como tendo dificuldades em preencher o instrumento de forma autónoma e adequada devido a problemas cognitivos ou de desenvolvimento acentuados ( $n = 4$ ). A nossa amostra de base ficou assim constituída por 987 crianças.

Desta amostra de base, foram seleccionadas as famílias que iriam ser posteriormente incluídas no Estudo empírico I. O critério de inclusão neste estudo exigia que ambos os progenitores tivessem preenchido e devolvido os respectivos questionários enviados para casa. No total, 390 famílias constituíram a amostra comunitária deste estudo I.

## 2ª FASE | Selecção da amostra clínica

Este *segundo momento* decorreu entre Setembro de 2012 e Março de 2013. A avaliação preliminar dos problemas de ansiedade foi obtida com base nos resultados do questionário SCARED-R/C preenchido pelas crianças na escola, a partir dos quais se seleccionaram as que pontuaram acima do percentil 85 no valor total da escala. Conforme recomendado, foi usado este ponto de corte por permitir identificar crianças com maior risco para perturbações de ansiedade (*cf.* Simon & Bögels, 2009).

Seguidamente procedeu-se ao contacto telefónico com os pais de modo a obter o seu consentimento e disponibilidade para passar à segunda fase do estudo. Foram sendo seleccionadas famílias de forma aleatória até obtermos um número necessário de famílias para passarem às fases seguintes do projecto. Os *critérios de exclusão* nesta fase foram: (a) as crianças que estivessem institucionalizadas; (b) os progenitores que não haviam fornecido o seu contacto no primeiro consentimento escrito; (c) as famílias que não quisessem/pudessem continuar a participar ou que não tivesse sido possível contactar. Assim, 51 crianças foram excluídas. No total, 67 famílias participaram na entrevista de diagnóstico *Anxiety Disorder Interview Schedule-IV* (ADIS-IV; C/P). Optámos por aplicar a versão conjunta desta entrevista tal como aconteceu em estudos anteriores (Khanna & Kendall, 2010) por motivos de economia de tempo e pela possibilidade de incluir crianças e pais na mesma avaliação, o que revelou informação importante acerca de discrepâncias entre informadores e uma maior tomada de consciência relativamente aos sintomas e ao seu impacto por parte da criança e dos pais. Foi dada a possibilidade de um ou ambos os pais estarem presentes nesta avaliação.

Em 67 entrevistas realizadas, 57 confirmaram a presença de perturbação de ansiedade enquanto diagnóstico principal com reconhecido grau de interferência pela criança e pelos pais. Foram assim eliminadas do estudo 10 crianças com base nos seguintes critérios de exclusão: (a) a criança não apresentar diagnóstico principal de ansiedade ou apresentar um nível subclínico em termos de impacto no ajustamento da criança (< 4); (b) a criança exibir outras comorbilidades que permitissem explicar melhor a sintomatologia da criança ou que tivessem maior impacto no seu funcionamento (e.g., perturbações de externalização); (c) os pais não reconhecerem o grau de interferência do(s) problema(s) de ansiedade ou atribuírem um grau de interferência inferior a 4; (d) os cuidadores principais não serem os pais biológicos da criança<sup>12</sup> (e.g. avós); e (e) os pais não coabitarem um com o outro e/ou com a criança.

Por fim, foram seleccionados os pais de modo aleatório e convidados a participar na entrevista qualitativa semiestruturada “Ansioso por Saber”, elaborada especificamente para este estudo. Participaram nestas entrevistas 24 pais e 24 mães. Neste último, procurámos ter o mesmo número de pais e mães, seleccionados aleatoriamente. Duas famílias foram excluídas deste estudo por terem procurado apoio especializado por outros motivos não relacionados com a ansiedade da criança.

### FASE 3 | Selecção das subamostras clínica e de controlo

Na última fase foram seleccionadas 30 crianças (e suas famílias) com diagnóstico principal de PA de forma aleatória, constituindo a amostra clínica (ou ansiosa) dos

---

<sup>12</sup> A título excepcional foi incluído um padrasto uma vez que representa um cuidador principal da criança desde o seu primeiro ano de vida, após falecimento do pai biológico no momento da gravidez.

Estudos II e III. Paralelamente foram seleccionadas 30 crianças sem PA a partir da amostra base das crianças com valores abaixo do percentil 50 no SCARED-C ( $n = 450$ ). Esta amostra representou a amostra não-clínica (ou não-ansiosa) do Estudo II. Para confirmar que estas crianças não apresentavam problemas clinicamente significativos os pais preencheram o questionário *Child Behaviour Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991). Com base neste critério, foi excluída uma criança que apresentou resultados acima do ponto discriminante, situado no percentil 90, em várias subescalas, segundo as normas para a população portuguesa (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso, 1994).

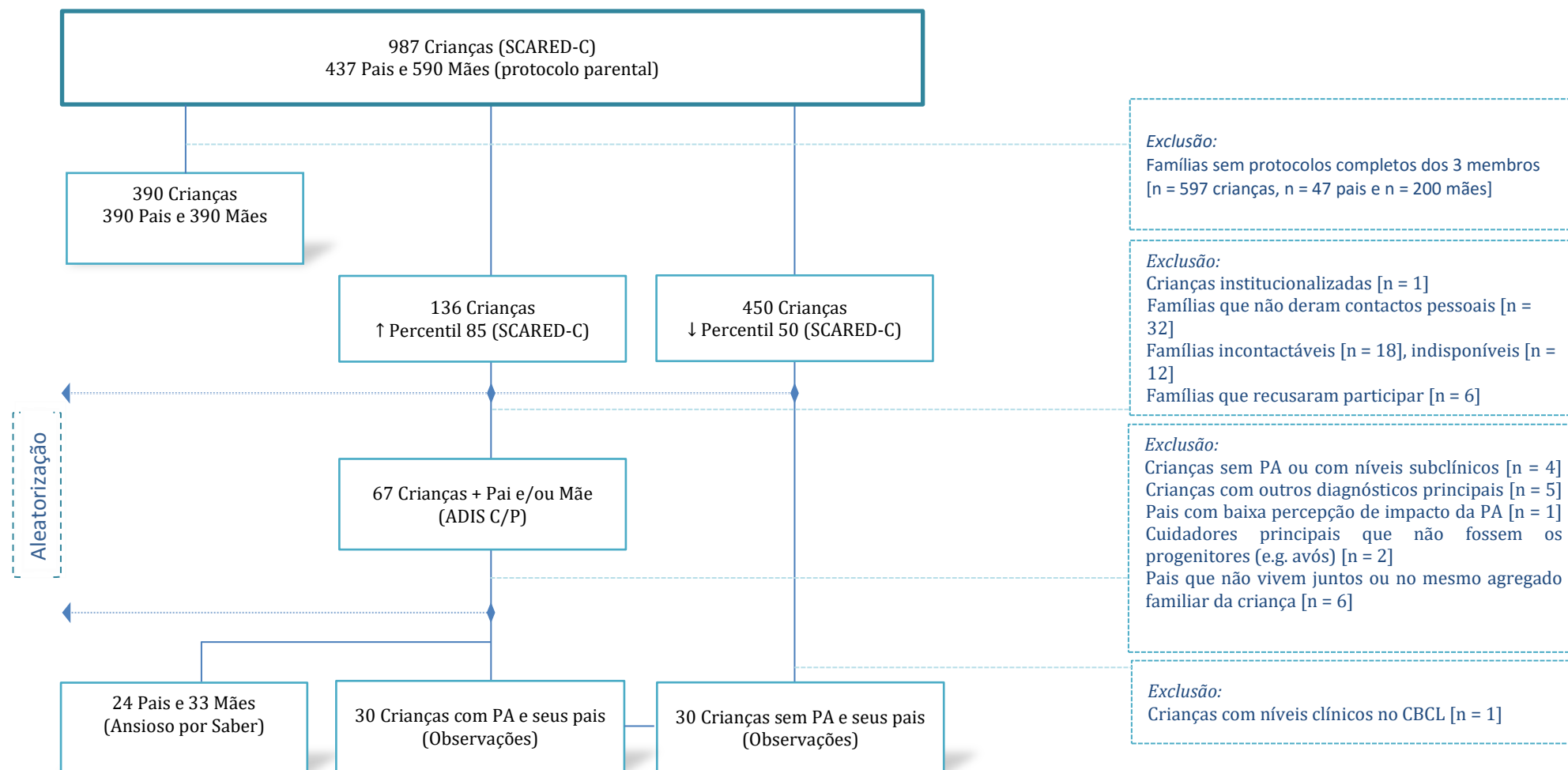
Sabendo que manter os mesmos participantes ao longo de vários momentos de avaliação pode constituir um desafio (Clark-Carter & Marks, 2004), recorremos a várias estratégias para garantir a participação e colaboração das famílias. Foi sempre disponibilizada informação acerca das diversas fases do processo e quais os requisitos necessários para se manterem no projecto em cada fase. Por sua vez, foi disponibilizado às famílias um vasto leque de horários possíveis que incluíram finais de dia, sábados e domingos. Os locais de avaliação foram ajustados às necessidades dos participantes, tendo decorrido principalmente nas escolas e locais na comunidade. Em alguns casos, a avaliação decorreu na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e num caso, a entrevista de diagnóstico foi realizada na habitação da família devido a problemas de deslocação da mãe. Ademais, foram enviadas mensagens de telemóvel no dia anterior às avaliações para relembrar o horário agendado. Sempre que as famílias tinham crianças mais novas a seu cargo e não conseguiam deixá-las ao cuidado de alguém, foi solicitado apoio às auxiliares escolares e, no caso das



observações, foram-lhes proporcionadas actividades lúdicas numa sala contígua à sala de avaliação.

As famílias da amostra clínica e de controlo constituíram os participantes do Estudo II. Por sua vez, os pais das crianças do grupo clínico que haviam realizado previamente a entrevista “Ansioso por saber” formaram a subamostra do Estudo III.

Figura 1. Fluxograma do processo de selecção das subamostras



## | Caracterização da amostra |

A amostra de base representa uma amostra não-probabilística de conveniência. As características sociodemográficas de maior relevo em cada estudo empírico encontram-se no Quadro 2. Como se pode verificar, a amostra de base é composta por crianças entre os 8 e os 12 anos e distribuiu-se de forma muito semelhante por ambos os géneros.

Em relação ao nível socioeconómico, apesar de não se verificarem diferenças discrepantes em nenhum dos estudos, verificou-se uma preponderância do nível médio. Relativamente ao estado civil, 18% dos pais que participaram no estudo I eram separados ou divorciados, enquanto nos estudos IV, essa percentagem desceu para menos de 10%. No estudo II e III todos os pais viviam em união de facto ou eram casados, uma vez que era um critério de inclusão destes estudos.

A amostra dos diversos estudos apresentava uma proporção equilibrada de pais e mães, não havendo diferenças significativas ao nível da idade dos progenitores e do seu nível de escolaridade. Relativamente ao diagnóstico da criança nas amostras clínicas, a maior parte das crianças apresenta mais do que um diagnóstico de ansiedade e algumas crianças apresentam igualmente outros diagnósticos nomeadamente problemas de humor e de externalização.

Quadro 2. Caracterização da amostra por estudo empírico

Variáveis	Estudo I	Estudo II		Estudo III	Estudo IV
		Clínica	Controlo		
Crianças (n)	390	30	30	(30)	(35)
Pais (n)	390	30	30	19	24
Mães (n)	390	30	30	23	24
<i>Género da criança (%)</i>					
Masculino	175 (44,9)	14 (46,7)	14 (46,7)	15 (50)	15 (42,8)
Feminino	215 (55,1)	16 (53,3)	16 (53,3)	15 (50)	20 (57,2)
<i>Idade da criança</i>					
M (DP)	9,97 (0,49)	10,2 (1,14)	10,5 (0,74)	10,1 (1,12)	10 (1,02)
<i>Nível socioeconómico (%)</i>					
Baixo	97 (24,9)	9 (30)	8 (26,7)	12 (28,6)	12 (25)
Médio	241 (61,8)	12 (40)	11 (36,7)	19 (45,0)	23 (47,9)
Alto	52 (13,4)	9 (30)	9 (30)	9 (21,4)	11 (22,9)
Desconhecido	-	-	2 (6,7)	2 (4,8)	2 (4,2)
<i>Idade do pai</i>					
M (DP)	41,6 (5,88)	43,1 (5,02)	41,3 (6,02)	41,8 (4,81)	41,6 (5,09)
<i>Nível educacional do pai (%)</i>					
9º ano ou menos	111 (29,5)	8 (20)	6 (20)	4 (21,1)	4 (16,7)
Ensino secundário ou curso profissionalizante	180 (32,1)	13 (43,3)	14 (46,7)	11 (57,9)	13 (54,2)
Ensino Superior	89 (22,8)	9 (30)	10 (33,3)	4 (21,1)	5 (20,8)
Desconhecido	-	-	-	-	2 (8,3)
<i>Idade da mãe</i>					
M (DP)	39,6 (5,68)	40,3 (5,8)	41,32 (5,8)	40,6 (5,21)	40,5 (5,26)
<i>Nível educacional da mãe (%)</i>					
9º ano ou menos	94 (24,7)	8 (26,7)	6 (20)	8 (34,7)	9 (37,5)
Ensino secundário ou curso profissionalizante	191 (45)	13 (43,3)	14 (46,7)	8 (34,7)	8 (33,3)
Ensino Superior	96 (24,7)	9 (30)	10 (33,3)	7 (30,6)	5 (20,8)
Desconhecido	9 (2,3)	-	-	-	2 (8,3)
<i>Diagnóstico da criança (%)</i>					
Ansiedade separação		3 (10)		3 (10)	5 (14,3)
Ansiedade generalizada		12 (40)		12 (40)	13 (37,1)
Ansiedade social	-	8 (26,7)	-	8 (26,7)	9 (25,7)
Fobia específica		7 (23,3)		7 (23,3)	8 (22,6)
Comorbilidade com outras PA		23 (76,7)		23 (76,7)	22 (62,9)
Comorbilidade com outras perturbações		5 (16,7)		5 (16,7)	4 (11,4)

## | Métodos de avaliação |

Tal como já foi referido, foram utilizadas diversas formas de avaliação, nomeadamente instrumentos de auto-relato, entrevistas estruturadas e semiestruturadas e observação directa que, no seu conjunto, se complementam e permitem colmatar as desvantagens inerentes a cada método. No Quadro 3 apresentamos a síntese das principais dimensões em análise e dos métodos utilizados para as avaliar.

Quadro 3. Dimensões analisadas, métodos e operacionalização das variáveis

Dimensões	Método	Variáveis
<b>Ansiedade Criança</b>	SCARED-R	Ansiedade global
	ADIS   C/P	Diagnóstico de PA [níveis clínicos e comorbilidades]
	Observações	Manifestações de ansiedade [ansiedade ou <i>distress</i> ]
<b>Ansiedade parental</b>	BSI	Sintomas gerais de ansiedade
	EASP	Ansiedade/preocupação centrada na criança
	Observações	Ansiedade [manifestações observáveis de ansiedade estado]
<b>Estilos parentais</b>	EMBU   P	Suporte emocional   Rejeição   Tentativa de controlo
<b>Comportamentos e estratégias parentais</b>	EASP	Superprotecção   Encorajamento ao confronto
	Entrevista	Envolvimento excessivo   Tranquilização   Reforço do evitamento   Desamparo   Passividade   Afecto negativo   Resolução da tarefa   Suporte emocional   Encorajamento ao confronto
	Observações	Envolvimento excessivo   Tranquilização   Reforço do evitamento   Desamparo   Passividade   Afecto negativo   Resolução da tarefa   Suporte emocional   Encorajamento ao confronto   Exigência   Regulação do comportamento   Não-interferência
<b>Crenças parentais</b>	Entrevista	Crenças e percepções acerca da ansiedade da criança [causas   impacto   evolução]

De seguida, encontra-se uma breve descrição dos instrumentos utilizados. Estes instrumentos encontram-se descritos de forma pormenorizada nos estudos empíricos realizados. Apresentaremos aqui o resumo das suas principais características.

#### a) Instrumentos de auto-relato

Os questionários e escalas que foram utilizados no Estudo I (*cf.* Apêndices 3 e 4) encontram-se descritos no Quadro 4.

Em primeiro lugar, optámos por utilizar a versão portuguesa do ***Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - Revised Version (SCARED-R)***; Questionário de avaliação de perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade da criança-versão revista). A escolha deste instrumento prendeu-se com as suas múltiplas vantagens. Por um lado, representa um questionário fácil de administrar e pode funcionar como uma medida de *screening* rápida e acessível de problemas de ansiedade para crianças e adolescentes, fornecendo indicadores preliminares para posterior aplicação de uma entrevista clínica de diagnóstico que permita confirmar a presença de problemas com impacto no funcionamento (Crocetti, Hale, Fermani, Raaijmakers, & Meeus, 2009; Essau, Muris, & Ederer, 2002). Por outro lado, este é um instrumento válido para avaliar vários sintomas segundo os critérios do DSM IV através dos scores das suas subescalas, permitindo obter também um resultado global, resultante da junção de todos os itens. Por sua vez, este instrumento revelou qualidades psicométricas adequadas em vários estudos nacionais e internacionais, sendo um dos questionários mais consensuais para avaliar a ansiedade em crianças quer provenientes de amostras clínicas quer comunitárias (e.g., Hale, Raaijmakers, Muris, & Meeus, 2005). A versão

portuguesa apresentou elevados níveis de consistência interna (Pereira, Barros, Neves, 2011). No nosso estudo, obtivemos também um nível de consistência interna elevado no score total, tendo sido este score o usado nas análises estatísticas subsequentes. Neste estudo usámos a versão preenchida pela criança.

A **ficha sociodemográfica** visava obter dados de caracterização da família. Foram incluídas informações relativas à criança (e.g., sexo, data de nascimento, ano e turma, acompanhamento em psicologia clínica ou pedopsiquiatria) a família (e.g., agregado familiar) e os progenitores (e.g., idade, nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação principal). Os dados referentes ao NSE e à área de residência foram codificados em três níveis (Baixo, Médio e Alto) de acordo com Simões (1994). As zonas de residência, foram classificadas maioritariamente em urbanas e semiurbanas, encontrando-se também algumas escolas do 1º ciclo em áreas predominantemente rurais.

Para avaliar a percepção que os pais têm dos seus estilos educativos parentais utilizámos a versão para pais do questionário ***Egna Minnen Besträffande Uppfostran*** (EMBU-P ou “As minhas memórias de infância”). Este instrumento baseia-se numa concepção dimensional dos estilos parentais e diferencia três dimensões preponderantes (suporte emocional, rejeição e tentativa de controlo (Canavarro & Pereira, 2007; Castro, Pablo, Gómez, Arrindell, & Toro, 1997; Castro, Toro, Arrindell, van der Ende, & Puig, 1990; Castro, Toro, Van Der Ende & Arrindell, 1993). O suporte emocional contempla itens que avaliam a expressão verbal e física de suporte afectivo dos pais, a aceitação parental e a disponibilidade física e psicológica dos pais. Por sua vez, a escala de rejeição engloba itens que avaliam os estilos educativos em que os

pais manifestam hostilidade/agressão verbal e física e não-aceitação da criança. Por último, a escala de tentativa de controlo refere-se a estilos baseados em tentativas de controlar o comportamento das crianças, demonstrações de exigência e de grande preocupação em relação ao bem-estar dos filhos (Canavarro & Pereira, 2007). Na versão portuguesa, o instrumento respondido quer por pais quer por mães apresentou valores aceitáveis de consistência interna no EMBU-P, assim como boa estabilidade temporal evidenciada pelo teste-reteste (Canavarro & Pereira, 2007). Com base nos dados do nosso estudo, foram encontrados igualmente valores adequados de consistência interna.

Para a avaliação da ansiedade parental, foi utilizada a subescala de Ansiedade do **Brief Symptom Inventory (BSI;** Derogatis, 1982). Este instrumento avalia a presença e intensidade de sintomas psicopatológicos em indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos e tem sido amplamente utilizado principalmente com amostras médicas, psiquiátricas e comunitárias. Para avaliarmos os níveis de ansiedade dos pais, usámos a pontuação da subescala de ansiedade que inclui indicadores gerais de ansiedade tais como nervosismo e tensão, sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, e componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade. Ainda que não existam valores de referência para as subescalas, sabe-se que quanto maior o resultado, maior o grau de psicopatologia. A versão portuguesa revelou boas qualidades psicométricas e adequada validade discriminante (Canavarro, 1999). No nosso estudo, verificaram-se níveis de consistência interna satisfatórios quer no caso dos pais quer das mães.



Com vista a avaliar aspectos específicos associados a comportamentos de superprotecção parental e a aspectos cognitivos associados à preocupação com o bem-estar e segurança da criança, utilizamos a **Escala de Ansiedade e Superprotecção Parentais (EASP)**. Considerámos que incluir esta escala permitiria avaliar de forma mais pormenorizada aspectos da superprotecção e intrusividade tão bem reportados na literatura da área e que muitas vezes são descritos através de dimensões mais globais de controlo e envolvimento excessivo. Na versão original verificaram-se boas qualidades psicométricas neste instrumento, o que foi mais uma vez confirmado também no nosso estudo.

Devido à necessidade de confirmar a inexistência de sintomas clínicos na amostra de controlo utilizada no Estudo II, foi aplicado o **Child Behaviour Checklist (CBCL;** Achenbach, 1991). Este questionário visa avaliar as competências e os problemas de comportamento da criança e do adolescente, com base na informação fornecida pelos pais ou seus substitutos. Entre outras aplicações, este questionário tem sido muito utilizado como instrumento de triagem de crianças com ansiedade, isolamento social, depressão, problemas sociais, oposição, hiperactividade, agressividade e queixas somáticas. Foi usado o percentil 90 como ponto de corte para confirmar se as crianças tinham problemas de ansiedade ou outros quadros que pudessem interferir ou influenciar a realização das tarefas de observação. A versão portuguesa do questionário mostrou boas qualidades ao nível da fidelidade e da validade (Fonseca et al., 1994). No presente estudo, a subescala de Ansiedade revelou uma boa consistência interna (externalização:  $\alpha = 0,91$  e internalização:  $\alpha = 0,88$ ).

Quadro 4. Descrição e caracterização dos instrumentos de auto-relato

Instrumento	Objetivo e dimensões avaliadas	Composição e cotação	Amplitude	Valores de referência	Alfa amostra
<b>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised</b>	Avalia sintomas de PA de acordo com o DSM-IV (APA, 1994)	69 itens respondidos numa escala ordinal de 3 pontos (0 – “nunca ou quase nunca”; 1 – “algumas vezes”, 2 – “muitas vezes”)	Pontuação global [0-276]	Limiares clínicos (correspondente ao percentil 85)	Escala total $\alpha = 0,94$
[SCARED-R; Muris, Merckelbach, Schmidt, & Mayer, 1999; Versão portuguesa: Pereira & Barros, 2010; Pereira, Barros, & Neves, 2011]	<i>Subescalas:</i> Perturbações de ansiedade de separação, ansiedade generalizada, pânico, obsessivo-compulsiva, stress pós-traumático fobia social, fobia à escola, fobia específica	Versão para crianças e adolescentes (7-17 anos)  Podem ser obtidas pontuações para cada subescala e uma pontuação global		Sexo feminino 7-9 anos: 68 10-13 anos: 66  Sexo masculino 7-9 anos: 61 10-13 anos: 59	
<b>Egna Minnen Beräffande Uppfostran-Parents</b>	Avalia a percepção que os pais têm dos seus estilos educativos parentais	42 itens respondidos numa escala ordinal de 4 pontos (1 - “não, nunca”; 2 - “sim, às vezes”; 3 - “sim, frequentemente”; 4 - “sim, sempre”)	SE [13-52]  R [17-68]  TC [11-44]	Pontuações médias [SE] Pai: M= 44,6 (DP=5,39) Mãe: M= 47 (DP=4,77) [R] Pai: M=26,9 (DP=4,79) Mãe: M=27,5 (DP=4,55) [TC] Pai: M=28,1 (DP=4,64) Mãe: M=2,9 (DP=4,51)	[SE] Pai: $\alpha = 0,79$ Mãe: $\alpha = 0,82$ [R] Pai: $\alpha = 0,74$ Mãe: $\alpha = 0,70$ [TC] Pai: $\alpha = 0,70$ Mãe: $\alpha = 0,69$
[EMBU-P; Pablo, Gómez, Arrindel & Toro, 1997; Versão portuguesa: Canavarro & Pereira, 2007]	<i>Subescalas:</i> 1. Suporte emocional [SE] 2. Rejeição [R] [TC] 3. Tentativas de controlo	Versão para pais			

Quadro 4. Descrição e caracterização dos instrumentos de auto-relato (Continuação)

Instrumento	Objetivo e dimensões avaliadas	Composição e cotação	Amplitude	Valores de referência	Alfa amostra
<b>Brief Symptom Inventory</b>  [BSI; Derogatis, 1982; Versão portuguesa: Canavarro, 1999; Canavarro, 2009]	Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais  <i>Subescalas:</i> Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; Psicoticismo)	53 itens, com escala de resposta ordinal  Podem ser obtidas as pontuações médias de cada escala ou índices mais globais: Índice Geral de Sintomas (IGS); Índice de Sintomas Positivos (ISP); Total de Sintomas Positivos (TSP)	Escala Ansiedade  0-4	População comunitária: IGS = 0,84 TSP = 26,99 ISP = 1,56  População clínica: IGS= 1,40 TSP = 37,35 ISP = 2,11	Subescala Ansiedade  Pai: $\alpha = 0,72$  Mãe: $\alpha = 0,75$
<b>Escala de Ansiedade e Superprotecção Parental</b>  [EASP; Pereira & Barros, 2012; Pereira, Barros, & Beato, 2013]	Avalia a percepção que os pais têm  <i>Subescalas:</i> 1. Ansiedade e preocupação [AP] 2. Superprotecção [S] 3. Incentivo e encorajamento de comportamentos de confronto [I]	20 itens respondidos numa escala ordinal de 4 pontos (0 - nada; 1 – um pouco; 2 – alguma; 3 - muita; 4 – muitíssima)	AP [0-40]  S [0-28]  I [0-12]	Pontuações médias: [AP] Pai: M = 15,4 (DP =7,5) Mãe: M = 15,4 (DP=7,5) [S] Pai: M= 8,7 (DP=4,8) Mãe: M= 9,4 (DP=4,9) [I] Pai: M= 7,7 (DP=2,6) Mãe: M= 7,8 (DP=2,5)	[AP] Pai: $\alpha = 0,91$ Mãe: $\alpha = 0,90$ [S] Pai: $\alpha = 0,83$ Mãe: $\alpha = 0,85$ [I] Pai: $\alpha = 0,83$ Mãe: $\alpha = 0,78$

## b) Entrevistas

A entrevista estruturada ***Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P;*** Albano & Silverman, 1996) é aplicada com o intuito de diagnosticar perturbações de ansiedade na infância e adolescência de acordo com o sistema de classificação DSM-IV, dos 7 aos 18 anos. A entrevista é constituída por diversas secções que representam as várias perturbações de ansiedade de acordo com a descrição da DSM-IV (recusa em ir à escola, ansiedade de separação, fobia social, fobia específica, perturbação de pânico, agorafobia, ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático). Em cada uma delas existem questões iniciais que permitem triar a existência de determinado problema através de critérios genéricos. No caso da criança e/ou pais responderem afirmativamente a estas questões, vai-se avançando com o questionamento mais aprofundado a fim de confirmar a presença da perturbação. Caso contrário, o entrevistador avança para a secção seguinte. São avaliados vários aspectos de cada perturbação, nomeadamente o grau de intensidade do medo/preocupação/mal-estar, o grau de evitamento e desconforto perante as situações receadas e o grau de interferência nos diversos domínios do funcionamento da vida da criança e da família. Para além destas, existem igualmente secções que permitem identificar se existem comorbilidades com perturbações de humor (depressão e distímia) e de externalização (perturbação de défice de atenção e hiperactividade, perturbação de oposição e perturbação do comportamento), o que é frequente nos quadros de ansiedade nestas faixas etárias (Albano & Silverman, 1996). Ao longo da literatura encontramos indicadores consistentes que mostram a sua fiabilidade e validade (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). No presente estudo a

criança e o(s) progenitor(es) foram entrevistados de forma conjunta maioritariamente pela investigadora responsável pelo projecto. Apesar de na literatura ser mais frequente o recurso a aplicações em separado (criança e pais), optámos por adoptar o procedimento previamente utilizado por outros investigadores de referência (Khanna & Kendal, 2010) por ser uma solução menos morosa, prática e económica pois exige menos entrevistadores. Por sua vez, a possibilidade de avaliar pais e criança em simultâneo permite obter informação adicional acerca da percepção que cada envolvido tem da ansiedade da criança e enriquecer os resultados com informações relevantes obtidas durante as interações surgidas no contexto de avaliação. De modo a evitar que as respostas dos adultos contagiassem a percepção da criança, foi sempre pedido que esta respondesse primeiro a todas as questões. De igual modo, ao longo da aplicação da entrevista pais e criança preencheram as tabelas referentes ao grau de medo, evitamento e interferência dos diversos quadros de diagnóstico em separado. Para isso, foram fornecidos *booklets* dirigidos aos pais e às crianças onde deveriam registar por escrito a sua resposta. As crianças tiveram quase sempre o apoio da entrevistadora para interpretar e ler em voz alta as questões apresentadas. Foram também fornecidos “termómetros dos sentimentos” [i.e., uma escala de *Likert* entre Nada (0) a MUITÍSSIMO (8)] individuais e adaptados a cada um para que pudessem registar a sua percepção relativamente ao grau de intensidade e interferência dos sintomas em separado. A secção dedicada à avaliação das perturbações de externalização foi avaliada apenas com os pais, pedindo-se à criança para se deslocar momentaneamente para outro local onde poderia fazer algumas actividades. Quando ambos os pais estavam presentes na entrevista, era-lhes pedido que chegassem a um consenso relativamente a estas mesmas questões de modo a apresentarem uma única

resposta representativa da opinião de ambos. Para que o diagnóstico possa ser atribuído, é necessário cumprir o critério da presença de interferência da PA no funcionamento da criança. O diagnóstico de ansiedade era atribuído sempre que pais e criança concordavam que o problema de ansiedade afectava de forma significativa a vida da criança (avaliação de interferência  $>$  ou  $=$  a 4 pontos; ver Silverman & Albano, 1996<sub>b</sub>) ou com base no julgamento clínico do entrevistador após analisar em detalhe as eventuais discrepâncias entre informadores.

A entrevista apresenta boas qualidades psicométricas, nomeadamente excelente fidedignidade teste-reteste e entre avaliadores, adequada validade convergente e concorrente e, na sua maioria, boa precisão na determinação de quadros específicos (Albano & Silverman, 1996<sub>a,b</sub>; Rao et al., 2007; Silverman, Saavedra, & Pina, 2001; Wood, Piacetini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002).

Para além da entrevista de diagnóstico foi realizado um segundo momento de entrevista apenas com os pais. A esta entrevista semiestruturada chamámos **“Ansioso por saber”**. Esta é aplicada individualmente aos pais e tem uma duração média de 45 minutos. O guião desta entrevista foi construído especialmente para este estudo devido à inexistência de medidas de avaliação que respondessem de forma eficaz às nossas necessidades (cf. Apêndice 5). Os principais objectivos desta entrevista são explorar as significações parentais acerca da ansiedade e da própria criança, identificar as estratégias usadas para lidar com as situações em que a criança fica ansiosa, preocupada ou com medo, e analisar as cognições, as emoções e as respostas comportamentais dos pais em situações recentes ocorridas no contexto familiar. De modo mais específico, esta entrevista procura compreender as percepções

relacionadas com a eventual vulnerabilidade da criança ansiosa, o problema de ansiedade da criança enquanto preocupação ou prioridade para os pais, as estratégias que os pais usam de modo consistente ou frequente e o seu grau de eficácia percebida, a atitude dos pais face à procura de apoio especializada, consistência e flexibilidade das estratégias aplicadas, acordo entre pais na aplicação de estratégias para lidar com a ansiedade da criança, estratégias usadas pela própria criança, interpretações parentais perante cenários ambíguos, percepções acerca da causa, impacto e evolução da ansiedade infantil. A entrevista é assim constituída vários grupos de perguntas, das quais seleccionámos uma parte que foi posteriormente analisada no âmbito dos estudos empíricos que constituem esta dissertação. O guião é constituído por questões semiabertas que permitiram explorar as questões pretendidas de forma flexível (Apêndice 5). Para que a entrevista fosse aplicada foi exigido que a criança tivesse diagnóstico confirmado de perturbação de ansiedade e que o progenitor tivesse reconhecido a sua interferência na vida da criança.

### c) Observação directa

No Estudo II, as díades (pais-criança) participaram em duas tarefas desenhadas para induzir níveis moderados de ansiedade na criança. Cada criança e cada progenitor participaram em ambas, perfazendo um total de quatro interacções por família. Deve notar-se que, em rigor, existiram igualmente momentos de interacção entre os três elementos da família no final de cada interacção. Porém, os dados recolhidos a partir das tríades não constam desta dissertação, encontrando-se em estudo.

Foram desenhadas duas tarefas que procuram reproduzir dois tipos de ameaça: social e física. Optámos igualmente por tarefas relativamente estruturadas devido à sua adequação na análise de comportamentos parentais associados a criticismo, modelamento de ansiedade e controlo excessivo (cf. Ginsburg, Grover, Cord, & Ialongo, 2006).

A primeira tarefa chamava-se **“Vamos fazer um discurso”** e procurava induzir níveis médios de ansiedade social e de desempenho. Foi escolhido um tema genérico (“A importância de ter uma boa alimentação”) e pedido à criança que preparasse um discurso sobre o tema como se estivesse a fazer um anúncio informativo a ser mostrado ao resto da escola. Antes de cada tarefa foi mostrada uma apresentação em *powerpoint* com as instruções de cada uma (Apêndice 6). Foi explicado que este seria um anúncio filmado e, portanto, após o tempo estipulado de preparação, ela teria de o apresentar em frente à câmara de filmar. Era pedido que os pais participassem à vez e com tempo estipulado de 3 minutos para cada um. No final, a criança teria de fazer o discurso sozinha e sem ler o discurso no papel. Os pais foram instruídos a participar e ajudar na preparação da tarefa da forma que considerassem mais adequada. Evitámos assim influenciar o comportamento dos pais, dando-lhes espaço para poderem agir livremente. Ambos os pais estiveram sempre dentro da sala com a criança, enquanto a investigadora se encontrava noutra sala a fim de evitar eventuais interferências no comportamento dos participantes ou tentativas de comunicação paralela durante as tarefas.

À segunda tarefa de observação demos o nome **“Descobrimo às cegas”** e representa uma situação potencialmente geradora de ansiedade devido à percepção



de ameaça física (Apêndice 6). Esta tarefa foi adaptada a partir de estudos que utilizaram procedimentos semelhantes (e.g., Creswell, Waite, & Cooper, 2014). Foram utilizadas seis caixas fechadas. A criança foi instruída a colocar a mão dentro da caixa através de uma manga de tecido que impossibilita ver o que estava no seu interior. O objectivo era descobrir o que estava no seu interior. Foi igualmente dito à criança que no final da tarefa a investigadora iria entrar para verificar as suas respostas e explicado que só passaria o “teste” se não errasse em mais de duas caixas. Os pais foram novamente convidados a participar da forma que considerassem mais adequada, não podendo contudo serem eles a explorar o interior das caixas. Ambos os pais participaram na tarefa, tendo sido explicado que um deles ajudaria na exploração das duas primeiras caixas e o outro, nas duas seguintes<sup>13</sup>. Uma vez mais, todos os elementos estiveram presentes ao longo de toda a tarefa, ao passo que a investigadora saía da sala durante o decurso da mesma.

---

<sup>13</sup> Tal como já foi explicitado anteriormente, nas duas últimas caixas ambos os progenitores puderam ajudar a criança em conjunto. Esses dados não foram analisados no Estudo II referente aos resultados destas observações

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont
- Albano A, Silverman W (1996) *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child version. Clinician Manual*. Graywind, Oxford
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. [Inventory of psychopathological symptoms.]. In: Simões MR, Gonçalves M, Almeida LS (eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. SHO/APPORT, Braga, 87-109.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. F. (2007). A avaliação dos estilos parentais educativos na perspectiva dos pais: A versão portuguesa do EMBU-P [Parents evaluation of parental rearing styles: The Portuguese version of EMBU-P]. *Teoria. Investigação e Prática*, 2, 271-286.
- Casebeer, A. L. & Verhoef, M. J. (1997). Combining qualitative and quantitative research methods: Considering the possibilities for enhancing the study of chronic diseases. *Chronic Diseases in Canada*, 18, 130-135.
- Castro, L., Pablo, J., Gómez, J., Arrindell, W. A., & Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: A new form of the EMBU. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 230-235.
- Castro, J., Toro, J., Arrindell, W. A., van der Ende, J., & Puig, J. (1990). Perceived parental rearing style in Spanish adolescents, children and parents: Three new forms of the EMBU. In C. N. Stefanis, C. R. Soldatos, & A. D. Rabavillas (Eds.), *Psychiatry: A world perspective* (vol. 4, pp. 345-349). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Castro, J., Toro, J., Van Der Ende, J., & Arrindell, W. A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, 47-57.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.). (1995). *Developmental psychopathology: Theory and method*. sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes – O Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Clark-Carter, D. & Marks, D.F. (2004). Intervention studies: design and analysis. In D.F. Marks & Yardley, L (Eds.), *Research methods for clinical and health psychology* (pp. 145-165). London: Sage.

- Creswell, C., Waite, P. & Cooper, P. J. (2014) Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 99 (7), 674-678.
- Crocetti, E., Hale, III, W. W., Fermani, A., Raaijmakers, Q., Meeus, W. (2009). Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general Italian adolescent population: A validation and a comparison between Italy and The Netherlands. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 824-829.
- Essau, C. A., Muris, P., & Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(1), 1-18.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., Cord, J. J., & Ialongo, N. (2006). Observational measures of parenting in anxious and nonanxious mothers: does type of task matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 323-328.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J. & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11, 255-274.
- Hale, W. W., III, Raaijmakers, Q., Muris, P., & Meeus, W. (2005). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general adolescent population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 283-290.
- Khanna, M. S. & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive-behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 737-745.
- Minayo, M. C. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Pereira, A. I., Barros, L., & Beato, A. (2013). Parental anxiety and overprotection scale: A psychometric study with a sample of parents of school age-children. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 35 (1), 35-55.
- Pereira, A. I., Barros, L., & Neves, M. (2011). A avaliação de sintomatologia de ansiedade em crianças na perspectiva da criança e dos pais: desenvolvimento das versões portuguesas do SCARED-R [Evaluation of childrens anxiety symptomatology in the child and parent prespective: development of the portuguese version of the SCARED-R]. In: Ferreira AS, Verhaeghe A, Silva D, Almeida LS, Lima R, Fraga S (eds). *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica. XV Conferência de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. SPP, Lisboa, 1520-1531.

- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., & Saltee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181–1191.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996a). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version, *Child Interview Schedule*. USA: Graywind Publications Incorporated.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996b). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Parent version, *Parent Interview Schedule*. USA: Graywind Publications Incorporated.
- Silverman, W., Saavedra, L., & Pina, A. (2001). Test-Retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Simões, M. M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional dos Testes das Matrizes Coloridas de Raven*. Tese de Doutoramento pela Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Coimbra.
- Simon, E., & Bögers S. M. (2009). Screening for anxiety disorders in children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 625–634.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow M., Chu, B., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 314–321.

# Parte III

---

## ESTUDOS EMPÍRICOS



## 3

**THE RELATIONSHIP BETWEEN DIFFERENT PARENTING  
TYPOLOGIES IN FATHERS AND MOTHERS AND CHILDREN'S  
ANXIETY<sup>14</sup>**

---

<sup>14</sup> Beato, A., Pereira, A. I., Barros, L., & Muris, P. (2016). The relationship between different parenting typologies in fathers and mothers and children's anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1691-1701.

When it all goes quiet behind my eyes, I see everything that made me lying around in invisible pieces. When I look too hard, it goes away. And when it all goes quiet, I see they are right here. I see that I'm a little piece in a big, big universe. And that makes things right.

[Excerto to filme *Beasts of the Southern Wild*]



## The relationship between different parenting typologies in fathers and mothers and children's anxiety

### Abstract

Research on the role of parental rearing behaviors in the development of children's anxiety problems has predominantly adopted a dimensional approach studying the effects of isolated parenting behaviors such as overprotection and rejection, while mainly focusing on the mother. Our study was set up to identify parenting typologies of both mothers and fathers, and to explore their relationship with children's anxiety symptoms. Three-hundred-and-ninety non-clinical Portuguese children aged 8 to 12 years completed a self-report questionnaire on anxiety disorder symptoms, while their fathers (27-64 years of age) and mothers (24-65 years of age) filled in two scales on parental rearing behaviors as well as an index of parental anxiety. Cluster analysis revealed three parenting typologies that were similar for mothers and fathers, and were labelled as overinvolved, disengaged, and supportive parenting. Only the disengaged typology of mothers was associated with higher levels of anxiety symptoms on children. Disengaged parents and Overinvolved (overcommitted) fathers were associated with higher levels of parental anxiety whereas overinvolved parents evidenced more anxiety/worry about the child. These results suggest that the study of parenting typologies, contextualized within a cultural background, are an invaluable approach because it can be used to explore the effects that different combinations of various parenting behaviors may have on childhood anxiety.

*Keywords:* Children anxiety, Parental anxiety, Parenting styles, Father-child relationship, Maternal disengagement

## INTRODUCTION

Anxiety disorders are among the most common psychological disorders during childhood and adolescence. Epidemiological studies have found prevalence rates ranging between 2.6% and 41.2% in children before age 12 (for a review, see Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006). Girls generally manifest higher rates of anxiety disorders than boys, and this gender difference becomes even more prominent during adolescence (Costello, Mustillo, Keller, & Angold, 2004). Moreover, various studies highlight the negative outcomes of anxiety throughout the lifespan, including social and academic impairments (Wood, 2006), physical complaints (Ginsburg, Riddle, & Davies, 2006), or secondary psychological disorders such as depression (Weissman, et al., 2004).

Research has clearly shown that anxiety runs in families (Gar, Hudson, & Rapee, 2005). For example, the children of anxious mothers are seven times more likely to develop an anxiety disorder than those who have non-anxious mothers (Turner, Beidel, & Epstein, 1991). Conversely, parents of children with an anxiety disorder are more likely to experience anxiety themselves than parents of non-disordered children (Last, Hersen, Kazdin, Francis, & Grubb, 1987). During the past three decades, many studies have focused on the mechanisms by which parents influence the development or maintenance of childhood anxiety problems (Eley, 2001). This research points to a genetic transmission of anxiety, but it also highlights the role of family risk factors, such as insecure parent-child attachment, modeling of fearful behavior and avoidant strategies, parental anxiety, and negative parenting (Ballash, Leyfer, Buckley, & Woodruff-Borden, 2006).

Theoretical models (e.g., Barlow, 2002; Chorpita & Barlow, 1998; Rapee, 1997) highlight the role of parenting in the development and maintenance of childhood disorders. Research within the context of childhood anxiety has focused on three important parenting dimensions, namely warmth (which is concerned with acceptance, affection, and responsiveness towards the child), rejection (which refers to parental criticism, hostility, indifference, and negativity), and control (which has to do with the parents' intrusive regulation of children's emotions and behaviors) (McLeod, Wood, & Weisz, 2007). Warmth is considered as an important dimension because it is associated with responsive parenting, which promotes children's sense of security and control. Although some authors consider warmth and rejection as two ends of a unique continuum (Parker, Tupling, & Brown, 1979), others regard a lack of warmth simply as a facet of rejection (Benoit, 2009). A negative rearing environment based on rejection and lack of warmth has been associated with children's internalizing problems, including anxiety (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006). According to Krohne (1992), children who are consistently exposed to negative feedback may develop threatening and hostile beliefs about the environment and perceptions of poor self-competence. Control is a complex concept that often includes interrelated subtypes (i.e., overinvolvement, intrusiveness, psychological control, behavioral control, and overprotection) and has consequently been operationalized in different ways. Overprotection is defined as a specific but also distinct dimension of control (see Pereira, Barros & Beato, 2013) and is characterized by excessive parental shielding (Holmbeck et al., 2002) and constant supervision of the child (Thomasgard & Metz, 1993). Overprotective parenting is thought to be related to negative outcomes in children as it diminishes children's exposure to difficult situations, thereby hindering

their opportunity to develop effective coping skills and a sense of mastery over the environment (Chorpita & Barlow, 1998).

Numerous studies have indicated that the parents of anxious children and adolescents are characterized by a lack of warmth, high levels of rejection, and a strong inclination towards overprotecting (e.g., Barber, 1996; Di Bartolo & Helt, 2007; Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990; Hudson, 2013). Meta-analytic studies have provided some insight into the relative importance of these parental rearing dimensions. That is, McLeod, Wood and Weisz (2007) found a medium effect size of .52 for the association between parental overprotective control and child anxiety, which was clearly stronger than the association between parental rejection and child anxiety ( $d = .41$ ; for similar results, see: Van der Bruggen, Stams, & Bögels, 2008). Some authors posit that parental rejection may be more relevant for childhood depression, whereas parental overcontrol is more important in the context of young people's anxiety problems (Rapee, 1997). There are also indications that the relationship between children's anxiety and parenting may be reciprocal. For example, Rapee (1997) suggested that anxious reactions exhibited by children might increase parents' controlling behaviors.

Preceding research has also supported a link between children's and parental anxiety. Compared with non-anxious parents, parents with higher anxiety are found to be more withdrawn (Turner, Beidel, Roberson-Nay, & Tervo, 2003), more critical (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone, & Rosenbaum, 1997), overcontrolling (Bögels & Mellick, 2004), and less productively engaged in their interactions with the child (Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002) than non-anxious parents. Moreover, previous work has suggested the importance of analyzing parents' cognitive

factors to comprehend the relationship between parental and children's anxiety. Anxious parents may have more negative perceptions concerning children's vulnerability and competency, which may justify their overprotective behavior towards the child (Rapee, 2002; Thomasgard, & Metzr, 1997). Therefore, parental worries about their child's vulnerability are also an important variable for understanding why some parents tend to overprotect and to discourage child's autonomy. A recent study observed that parental worry about children is strongly associated with parental overprotection (Pereira, Barros, Mendonça, & Muris, 2014).

It is generally assumed that mothers and fathers play different roles in the development of childhood anxiety disorders. Fathers are considered to play an essential role with regard to the promotion of autonomy (Bögels & Phares, 2008) through various mechanisms such as incentivizing their child to be independent and adventurous and encouraging children's behavioral coping based on bravery and risk-taking behaviors (Paquette, 2004; Verhoeven, Bögels, & van der Bruggen, 2012), while mothers are more involved in providing emotional support, personal safety, and care (McBride & Mills, 1993; Fliek, Daemen, Roelofs & Muris, 2015). Gender roles may elicit these distinct parenting behaviors and thus influence children's anxiety in different ways. So far, however, most research has centered on mothers, while the studies that have addressed the independent effects of mother's and father's parenting on child anxiety have documented quite inconsistent results. Whereas some studies found a positive relationship between fathers' rearing behavior (in particular overprotection) and children's anxiety problems (e.g., Barrett, Farrell, & Fox, 2005; Bögels, Bamelis, & van der Bruggen, 2008; Pereira et al., 2014), others have had difficulties in replicating such results (e.g., Hudson & Rapee, 2002).

The age and gender of children are also considered as moderator variables in the relationship between parenting and child anxiety. Thus far, however, no conclusive results have been obtained regarding their effects. For instance, McLeod et al. (2007) found no moderation effect of children's age and gender on the link between parenting and childhood anxiety. Yet, the meta-analysis performed by van der Bruggen et al. (2008) found an increased effect of parental control on children's anxiety as they became older, and this was especially true in girls. According to Leaper (2002), parents may be more controlling of girls because they perceive higher anxiety levels in daughters than in sons. The clarification of the role of parental gender and children's age and gender in the association between parenting and child anxiety remains important. In particular, the dynamic coexistence of moderators needs further exploration. This can be illustrated by means of the study by Verhoeven, Bögels and van der Bruggen (2012), who noted parental gender differences in the relationship between parenting and child anxiety depending on the age of the child. More precisely, maternal overcontrol was found to be uniquely related to anxiety in elementary school children, whereas paternal overcontrol was related to anxiety during adolescence.

Most of the studies on the role of parenting in child anxiety have focused on specific parenting dimensions, such as warmth, rejection, and overcontrol, to study its links to this type of internalizing psychopathology in children. Although this dimensional approach has been useful in elucidating the unique links between such specific parenting behaviors and childhood anxiety, it is also true that in daily life, parents rarely rely on isolated behaviors but often combine various types of behaviors. According to Baumrind, Larzelere and Owens (2010), the study of parental patterns

has benefits compared to analysis of the effects of single parental variables because “without certain other conditions being present the strength or direction of an expected parent–child relationship might well be altered” (p. 162). Thus, variable-centered approaches ignore how multiple parental behaviors occur simultaneously in a natural way and how the effects of a certain dimension depend on the presence or absence of other dimensions (Caron, Weiss, Harris, & Catron, 2006). For instance, high parental overprotection can have differential effects on the child’s adjustment depending on whether it is combined with a warm or a rejecting parenting style. A study adopting a typological approach showed that the combination of overprotection and rejection (“affectionless control”) was a better predictor of anxiety and depression in offspring than both dimensions in isolation (Parker, 1983).

One of the pioneers of the typological approach in the study of parenting was Diana Baumrind (1971, 1989, 1991), who developed an extensive and longitudinal work with middle class white families to identify the familial antecedents of optimal competence in children and adolescents. Departing from two main dimensions of parents’ behavior, responsiveness (rejection versus warmth) and demandingness (strict versus lack of behavioral control) (Maccoby & Martin, 1983), a fourfold classification of parenting behavior was derived. Authoritative parents were both demanding and responsive, permissive parents were more responsive than they were demanding, authoritarian parents were demanding but not responsive and neglecting parents were neither demanding nor responsive. These four prototypes were present in different developmental periods and had different consequences for children’s adaptation. Many posterior studies have replicated these main typologies and analyzed the relationship between these parenting patterns and children’s adjustment. They have

largely demonstrated that the authoritative type is associated with the most positive child outcomes, such as emotional stability, competence, and global adjustment (Mounts & Steinberg, 1995; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, & Dornbusch, 1994; Weiss & Schwarz, 1996). In the opposite direction, the neglecting pattern is associated with the worst child outcomes in various areas, such as academic, social, affective, and behavioral problems (e.g., Darling, 1999; Radziszewska, Richardson, Dent & Flay, 1996; Quintin, 2001).

The present study had three main objectives. First, using a cluster analytic procedure, this study aimed to identify an empirical typology of parenting styles based on a variety of five critical parenting styles and behaviors (warmth, rejection, control, overprotection, and encouragement of approach behaviors). To identify possible variations in parenting styles as a function of gender, we conducted separate cluster analyses of the same parenting behaviors for mothers and fathers. Secondly, based on the empirically derived clusters, we investigated the relationships between maternal and paternal parenting typologies and children's anxiety symptoms. Finally we examined whether the parenting types differed on important children's demographic characteristics (age and sex), as well as parental characteristics (anxiety and parental worry concerning the child).



## METHOD

### Participants

The sample consisted of 390 school age children (175 boys and 215 girls) and their mothers and fathers. Their ages ranged from 8 to 12 years-old ( $M = 9.97$ ,  $SD = .49$ ). Children were in the 3<sup>rd</sup> to 6<sup>th</sup> grades at 13 public schools in the Lisbon (Portugal) metropolitan area. The mean age of the mothers was 39.61 years-old ( $SD = 5.68$ ) and that of the fathers was 41.59 years ( $SD = 5.88$ ). Approximately one third of the mothers ( $n = 134$ , 34.4%) and fathers ( $n = 180$ , 32.1%) had completed secondary school, 94 (24.4%) and 111 (29.5%) had completed 9<sup>th</sup> grade or less, 57 (14.6%) and 44 (11.3%) had followed technical courses, and 96 (24.7%) and 89 (22.8%) had a university degree. For 9 mothers (2.3%) and 17 fathers (4.4%), the educational level was unknown. Nearly one fifth of the children came from divorced parent families ( $n = 63$ , 18.2%) where both parents were involved in childrearing. Most families lived in urban or semi-urban areas (77.4%). The majority of families enjoyed a middle socio-economic status (SES;  $n = 241$ , 61.8%). The other families either had a low ( $n = 97$ , 24.9%) or high SES ( $n = 52$ , 13.4%).

### Procedures

Data were collected within the context of a larger study on parenting and child anxiety. The project was approved by the National Data Protection Commission, the General Administration for Innovation and Curriculum Development in Lisbon, and the Deontology Committee of the Faculty of Psychology, University of Lisbon, Portugal.

Consent was also obtained from school boards and teachers before conducting the study.

The parents of all of the children were first invited to complete a consent form indicating their agreement to participate in the study. More than half ( $N = 987$ , 58%) agreed to participate, 18% refused, and 28% did not return the form. Questionnaires were then administered to the children during regular school classes. Confidentiality issues were explained and completion instructions were given to the children before the assessment session began. Parent questionnaires were sent to fathers and mothers through the children, completed at home independently, and returned to the researchers in sealed and separated envelopes via the school teachers. For the present study, a subsample of 390 children was selected from the recruited sample based on the inclusion criterion that both parents had returned and completed their questionnaires.

## Measures

*Children's anxiety symptoms.* The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised (SCARED-R; Muris, Merckelbach, Schmidt, & Mayer, 1999) is a self-report measure with 69 items assessing symptoms of all anxiety disorders that may occur in children according to the DSM-IV (American Psychiatric Associations, 1994). Thus, the SCARED-R includes items referring to separation anxiety disorder ("I get scared when I sleep away from home"), generalized anxiety disorder ("I am nervous"), panic disorder ("When frightened, it is hard to breathe"), social phobia ("I don't like to be with people I don't know"), school phobia ("I don't like going to school"), specific phobia ("I am afraid of an animal that is not really dangerous"), obsessive-compulsive

disorder (“I want things to be in a fixed order”), and acute or post-traumatic stress disorder (“I have frightening dreams about a very aversive event I once experienced”). Children indicate how frequently they experience each symptom on a 3-point Likert scale (0 = never, 1 = sometimes, and 2 = often). Scores can be computed for each anxiety disorder and a total anxiety score can also be obtained. The Portuguese version of SCARED-R possesses good internal consistency and test-retest reliability, as well as adequate convergent and discriminant validity (Pereira, Barros, & Neves, 2011). The internal consistency of the total scale, which was used in the present study, was excellent (Cronbach’s alpha = .94).

*Parenting styles and behaviors.* Two questionnaires were used to measure parental styles. The first scale was the Eigna Minnen Beträffande Uppfostran (EMBU-P; Castro, Pablo, Arrindell, & Toro, 1997), a 42-item self-report questionnaire for measuring parental perceptions of their own child-rearing behaviors. More precisely, the EMBU-P measures three dimensions of rearing: (a) rejection (“Are you too stringent with your child?”), (b) emotional warmth (“Do you respect your child’s opinions?”) and (c) control (“Do you decide how your child should dress and about his/her appearance?”). Items are rated on a 4-point Likert scale (1 = No, never, 2 = Yes, but seldom, 3 = Yes, often, 4 = Yes, most of the time). The Portuguese version of the instrument has shown acceptable internal consistency (Canavarro & Pereira, 2007). In the current study, Cronbach’s alphas of EMBU-P subscales for fathers and mothers also indicated sufficient to good internal consistency (Cronbach’s alphas were .79 and .82 for emotional warmth, .74 and .70 for rejection, and .70 and .69 for control).

The second measure of parenting was the Parental Anxiety and Overprotection Scale (PAOS; Pereira, Barros & Beato, 2013), which is a 20-item scale that can be used to assess three dimensions: anxiety and worry about the child (“I wonder if my child is capable of defending herself in school”), overprotection (“I try to protect my child from everything that may scare him/her,” “When my child is anxious, I try to calm him/her down immediately”), and encouragement of approach behaviors (“I tell my child that the best way to address his/her fears is facing them”). Parents are asked to rate how these statements correspond to how they usually behave towards the child, using a response ranging from 0 (None) to 4 (Very much). The scale has good psychometric qualities (Pereira, Barros, & Beato, 2013). In this study, good internal consistency was obtained for fathers (anxiety/worry = .91, overprotection = .83, encouragement of approach behaviors = .83) and for mothers (anxiety/worry = .90, overprotection = .85, encouragement of approach behaviors = .78).

*Parental anxiety.* The Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982) was used to assess parents’ anxiety. BSI consists of 53 items that must be answered on a 5-point scale (0 = Not at all, 4 = Very much). This scale has nine subscales: somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism; and three global indices (Positive Symptom Distress Index, Global Severity Index, and Positive Symptom Total). Increased scores indicate higher psychopathological symptomatology. The Portuguese version of the instrument evidenced good internal consistency and adequate discriminant validity (Canavarro, 1999). In the present study, the anxiety subscale (“Feeling frightened”) was used to assess the general level of parental anxiety.

Satisfactory internal consistency was obtained in this study ( $\alpha = .72$  for fathers and  $\alpha = .75$  for mothers).

### **Statistical Analysis**

All analysis were performed using the Statistical Package of Social Sciences (SPSS, version 22). Cluster analysis was used to explore parenting typologies for mothers and fathers separately based on various parental rearing behaviors as measured by the EMBU-P (i.e., emotional warmth, rejection, control) and PAOS (i.e., overprotection and encouragement of approach behaviors). Note that the PAOS dimension 'anxiety and worry about the child' was excluded from cluster analysis because it measures a specific type of parental anxiety rather than parenting behavior towards the child. Instead, this variable was analyzed as a dependent variable in relation to parent typologies.

Cluster analysis allows the combination of parents into homogeneous groups (i.e., clusters), according to similar characteristics (i.e., parenting styles) (Mooi & Sarstedt, 2011). To form clusters, we conducted two related procedures. First, agglomerative hierarchical cluster analysis was initially conducted to establish the number of clusters in the sample, after which K-means procedures were used to group families, classifying each parent into the number of clusters previously determined.

The greatest limitation of cluster analysis (and also with factor analysis) is that there are no standard criteria for choosing the best solution from among the options. They are largely exploratory procedures and the selection must be based on the examination of different cluster solutions and theoretical considerations. The determination of the number of clusters was achieved through hierarchical cluster

analysis. This procedure begins with each case as a separate cluster and progressively combines clusters to build a hierarchy of nested clusters until they are combined into only one cluster. The hierarchical algorithm selected was Ward's method because it seems to be the most robust to various types of data (Mandara, 2003). In this method, the means for all variables are calculated for each cluster. Then, for each case, the squared Euclidean distance to the cluster means is calculated and these distances are summed for all of the cases. At each step, the two clusters that merge are those that result in the smallest increase in the overall sum of the squared within-cluster distances.

To reach a decision regarding the number of clusters, the resulting graphical representation of the agglomerative hierarchical cluster analysis – or dendrogram – was analyzed. Natural breaks are indicated by larger distances between clusters in each step and suggest the cut-off points to determine the number of clusters. After deciding the potential number of clusters based on the dendrogram and on the theoretical relevance of the resulting clusters, the final number of clusters was decided through a cross-validation procedure. This cross-validation procedure, suggested by Mandara (2003), consists of a replication analysis to examine the stability of the cluster solution across samples (see Breckenridge, 2000) via a five step procedure. Initially, the sample is randomly divided into two samples. Then, a full cluster analysis is performed on one of the samples (sample A). A full cluster analysis is then performed on the remaining subjects from the other sample (sample B). Sample B is then classified into clusters according to the centroids derived from sample A. Finally, the agreement is computed between the two sample B solutions using Cohen's kappa. These steps were repeated ten times (in twenty samples resulting from ten random divisions of the total

data in two equal size samples) for each potential number of clusters and the cluster solution with the largest mean Kappa was retained.

After deciding on the best cluster solution, we then computed a K-means cluster analysis using the initial cluster centers obtained from the hierarchical analysis. This method begins with an initial set of means and classifies cases based on their distances to the centers and recalculates their position until no significant difference exists in the minimum distance between each parent and each centroid in the solution (Maroco, 2007). After the determination of the number of clusters, the K-means method is preferable to hierarchical cluster analysis because once a case is classified into one cluster in the hierarchical analysis, it cannot be re-grouped into another, which increases the probability of error during the classification process.

To identify which variables were more important in the clusters and to examine the characteristics of the clusters (parental rearing typologies) in terms of various specific parental rearing behaviors, a multivariate analysis of variance (MANOVA) was computed on the five EMBU and PAOS scales, with the clusters variable serving as the factor. Post hoc Tukey's HSD multiple and Tahamne's comparisons tests were used for the follow-up comparisons. Furthermore, the obtained mothers' and fathers' rearing typologies were compared with regard to both children's and parents' anxiety symptoms, in addition to parental anxiety or worry about the child. Univariate tests were conducted for mothers' and fathers' data separately to study whether parental clusters differed in terms of child's anxiety (SCARED), parental anxiety (BSI), and parental anxiety and worry about the child (PAOS anxiety/worry) scores. To verify

whether relevant demographic variables, such as a child's gender and age, were different for parents' parenting typologies, Chi-square tests were performed.

## RESULTS

Agglomerative hierarchical cluster analysis was conducted to determine the interpretable number of clusters for the mothers' and fathers' data separately. The agglomeration schedules and dendograms pointed in the direction of either a three or four cluster solution. Considering the criteria as described in the methods section, a three cluster solution was eventually determined to provide the best fit for the data. High agreement rates were obtained for the three clusters solutions of mothers, Cohen's kappa,  $k = .89$ , and fathers,  $k = .77$ . Cohen's kappa computed for the four cluster solutions resulted in considerably lower agreement rates for both mothers,  $k = .41$ , and fathers,  $k = .32$ .

The results revealed a significant multivariate effect for mothers' parenting patterns, Roy's Largest Root = 2.038,  $F(5,382) = 155.67$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = .67$ , and for fathers' parenting patterns, Roy's Largest Root = 1.83,  $F(5,378) = 138.89$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = .65$ . Univariate analyses of variance (ANOVAs) were then performed for each cluster to compare the clusters on the variables included in the clustering process. The three maternal and paternal clusters evidenced significant differences in all parenting variables (Tables 1 and 2). The cluster solutions derived from mothers' and fathers' data were comparable and by and large shared similar parenting characteristics. Based on the most salient characteristics of the clusters, these parenting typologies can be



labeled as: (1) *Overinvolved*, 38.9% mothers and 37.2% fathers; (2) *Disengaged*, 19.3% mothers and 26.8% fathers; and (3) *Supportive*, 41.8% mothers and 35.9% fathers.

As expected, pairwise comparisons revealed that the three clusters were quite different in terms of various parenting dimensions. High levels of control, overprotection, and encouragement of approach behaviors were observed in the overinvolved cluster. The disengaged cluster displayed the lowest levels of emotional warmth and encouragement of approach behaviors. The supportive cluster comprised parents characterized by low levels of rejection and overprotection.

*Table 1.* Means and standard deviations on separate EMBU-P and PAOS scales for the three maternal parenting typologies as obtained with cluster analysis

	Range	Overinvolved ( <i>n</i> = 153)		Disengaged ( <i>n</i> = 75)		Supportive ( <i>n</i> = 162)		<i>F</i>	$\eta^2$
		M	SD	M	SD	M	SD		
EMBU-P Emotional Warmth	13-52	48.48 a	3.83	38.52 b	4.89	49.06 a	3.27	215.86	.52
EMBU-P Rejection	17-68	28.58 a	4.45	27.60 a	3.95	25.78 b	3.32	20.25	.09
EMBU-P Control	11-44	32.69 a	3.29	26.49 b	3.95	27.19 b	3.64	125.55	.39
PAOS Overprotection	0-28	18.72 a	3.93	10.56 b	4.52	8.59 c	3.33	229.19	.59
PAOS Encouragement of approach behaviors	0-12	9.41 a	2.04	6.85 c	3.34	8.59 b	3.64	32.67	.15

*Note.* Significant differences existed between profile groups on all variables ( $p < .001$ ). Different subscripts within a row indicate significantly different means on post-hoc HSD Tukey or Tamhane tests. EMBU-P = Egena Minnen Beträffande Uppfostran - Parent version, PAOS = Parental Anxiety and Overprotection Scale.

To determine whether the three parental clusters differed in terms of demographic variables such as child's gender and age, chi-square tests were performed. No significant relationship was found between the child's gender, on the one hand, and mothers' parenting clusters,  $\chi^2(2,388) = 2.25, p = .33$  or fathers' parenting clusters,  $\chi^2(2,384) = 3.20, p = .54$ , on the other hand. In addition, the distribution of younger and older children was not significantly different across the three clusters of mothers,  $\chi^2(2,388) = 2.54, p = .08$ , and the three clusters of fathers,  $\chi^2(2,385) = .05, p = .97$ .

*Table 2.* Means and standard deviations on separate EMBU-P and PAOS scales for the three paternal parenting typologies as obtained with cluster analysis

	Range	Overinvolved (n = 151)			Disengaged (n = 75)		Supportive (n = 162)		F	$\eta^2$
		M	SD		M	SD	M	SD		
EMBU-P	13-52	47.20 <sub>a</sub>	3.89		38.78 <sub>b</sub>	3.74	47.77 <sub>a</sub>	3.11	222.01	.54
Emotional Warmth										
EMBU-P	17-68	29.23 <sub>a</sub>	3.89		27.90 <sub>b</sub>	4.86	24.42 <sub>c</sub>	3.42	48.22	.20
Rejection										
EMBU-P	11-44	31.52 <sub>a</sub>	3.66		25.85 <sub>b</sub>	3.38	24.15 <sub>b</sub>	3.42	101.30	.35
Control										
PAOS	0-28	16.76 <sub>a</sub>	4.07		8.72 <sub>b</sub>	3.75	8.10 <sub>b</sub>	3.29	229.19	.55
Overprotection										
PAOS	0-12	9.11 <sub>a</sub>	2.10		6.07 <sub>c</sub>	2.45	7.73 <sub>b</sub>	2.76	46.21	.20
Encouragement of approach behaviors										

*Note.* Significant differences existed between profile groups on all variables ( $p < .001$ ). Different subscripts within a row indicate significantly different means on post-hoc HSD Tukey or Tamhane tests. EMBU-P = Egena Minnen Beträffande Uppfostran - Parent version, PAOS = Parental Anxiety and Overprotection Scale.

*Table 3.* Means and standard deviations on child and parents' anxiety and parental anxiety/concern about child for parenting typologies

	Overinvolved	Disengaged	Supportive
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
SCARED - Children anxiety	48.44 (18.73)	52.29 (20.3) <sup>a</sup>	43.66 (19.44) <sup>b</sup>
BSI - Maternal anxiety	3.83 (3.37)	4.49 (3.20) <sup>a</sup>	3.16 (1.89) <sup>b</sup>
BSI - Paternal anxiety	2.83 (2.57) <sup>a</sup>	2.92 (2.82) <sup>a</sup>	1.01 (2.57) <sup>b</sup>
PAOS - Maternal anxiety and worry about the child	25.79 (7.27) <sup>a</sup>	18.20 (7.81) <sup>b</sup>	15.52 (7.13) <sup>c</sup>
PAOS - Paternal anxiety and worry about the child	23.60 (7.81) <sup>a</sup>	13.15 (6.36) <sup>b</sup>	12.11 (6.11) <sup>b</sup>

Note. Significant differences existed between profile groups on all variables ( $p < .001$ ). Different subscripts within a row indicate significantly different means on post-hoc HSD Tukey or Tamhane tests. SCARED-R = Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Revised); BSI = Brief Symptoms Inventory; PAOS = Parental Anxiety and Overprotection Scale.

The results showed the significant effect of mothers' parenting clusters on children's anxiety symptoms,  $F(2,385) = 5.61$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .02$ . Post-hoc comparisons indicated that children of disengaged mothers had significantly higher anxiety scores than those of supportive mothers. The overinvolved cluster of mothers did not significantly differ from the other two types in terms of children's anxiety. Further, it was found that fathers' parenting clusters did not differ in terms of children's anxiety symptoms,  $F(2,383) = .97$ ,  $p = .37$ .

Analyses performed to evaluate differences across parenting clusters and parental anxiety symptoms (BSI) revealed that the three father typologies were different in terms of paternal anxiety symptoms,  $F(2,379) = 8.35$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .04$ . Post-hoc tests showed that the fathers from the supportive typology have significantly lower levels of anxiety than the disengaged typologies, with no significant differences being observed between the latter two clusters (see Table 3). The father typologies were also different

in terms of anxiety and worry about the child (PAOS),  $F(2,381) = 116.96, p < .001, \eta^2 = .38$ : overinvolved fathers were found to display higher levels of anxiety/worry about their child compared with the disengaged and supportive fathers.

The three clusters of mothers were also significantly different in terms of maternal anxiety symptoms,  $F(2,383) = 4.99, p < .01, \eta^2 = .02$ . Post-hoc comparisons indicated that mothers in the disengaged cluster displayed significantly higher levels of anxiety compared with the supportive cluster, with the overinvolved cluster scoring in between but not being significantly different from the other two clusters. Clusters of mothers were also different in terms of anxiety/worry about the child,  $F(2,385) = 79.75, p < .001, \eta^2 = .29$ : overinvolved mothers appeared to be most anxious and worried about their child, followed by disengaged mothers and supportive mothers, who were clearly the least anxious and worried about their offspring.

## DISCUSSION

A large body of literature links particular parenting dimensions to negative child outcomes, including anxiety problems (Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003). The current study adopted a typological approach to examine how different paternal and maternal rearing styles are associated with children's anxiety, parental anxiety and parents' anxiety/worry about the child. For both parents, three parenting clusters were identified. The first cluster, which was labeled as overinvolved, included parents with relatively high levels of control, overprotection, emotional warmth, and encouragement of approach behaviors. The second cluster, which was defined as disengaged, was characterized by low levels of positive parenting behaviors such as emotional support and encouragement of approach behaviors. The last cluster, which was defined as supportive, displayed the lowest levels of overprotection and rejection as well as fairly high levels of emotional warmth.

The cluster solution obtained in this study revealed some similarities with the parenting typologies previously reported in the literature. For example, the overinvolved parenting cluster seems to bear resemblance to the affection-constraint (Parker, Tupling, & Brown, 1979) and the supportive-controller (Pereira, Canavarro, Cardoso, & Mendonça, 2009) typologies. The disengaged cluster has commonalities with the neglecting (Baumrind, 1989), the absent or weak bonding (Parker et al., 1979), and the low supportive (Pereira et al., 2008) typologies. Finally, the supportive cluster clearly shares feature with the authoritative (Baumrind, 1989), the optimal-bonding (Parker et al., 1979) and the supportive typologies (Pereira et al., 2008). Thus, there may be some universal validity to these parenting clusters, although it should be

noted that the outcome of this type of study is of course highly dependent on the parenting behaviors that are used as the inputs for the cluster analysis.

The results indicated that disengaged mothers had children with higher levels of anxiety symptoms. To some extent, this finding is consistent with the results of previous research; that is, lower levels of warmth and positivity are associated with higher levels of childhood anxiety (Dadds, Barrett, Rapee, & Ryan, 1996; Hudson & Rapee, 2001; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). The theoretical model of Bögels and Phares (2008) has also postulated that maternal rejection and lack of acceptance are important correlates of children's anxiety, particularly during middle childhood. Further, researchers have argued that the lack of warmth and acceptance may predispose children to unsafe, unsupportive, and helpless feelings when confronted with novel situations (Luis, Varela, & Moore, 2008). The disengaged cluster of mothers was also characterized by low level of maternal control, which according to the literature should normally be associated with lower levels of child anxiety; however, lack of control or its equivalent, excessive granting of autonomy, may have an anxiety-provoking effect in young children (Verhoeven, Bögels & van der Bruggen, 2012). This may be especially true when combined with low levels of emotional support. Along the same lines, Bögels and Brechman-Toussaint (2006) assume that the relationship between parental control and child anxiety is likely to be curvilinear, which means that both parental under-control and over-control may predispose children to anxiety.

The fathers' disengaged parenting cluster was not associated with higher levels of anxiety symptoms in children. This result is in line with previous research showing that

fathers' parenting in general is less clearly related to child anxiety compared with mothers' parenting behaviors (Bögels & Melick, 2004; Hudson & Rapee, 2002).

Unexpectedly, the overinvolved cluster, and in particular that of mothers, was not associated with higher levels of children's anxiety. One explanation for this finding might be that the nature of parenting may differ as a function of culture (Grusec, Rudy, & Martini, 1997; Kim & Rohner, 2002). Note that the present study was conducted in a Latino country (i.e., Portugal), where controlling, protective and even intrusive rearing practices, in combination with warmth, are considered as normative maternal behaviors (Carlson & Harwood, 2003; Pereira et al, 2008). This parenting style has the function of teaching children the cultural values and norms of family life (Grusec et al., 1997; Grusec & Goodnow, 1994). Furthermore, even in the overinvolved clusters, levels of control and overprotection were not excessively high. Thus, the non-clinical children included in this research experienced a level of overprotection and control from their parents that did not compromise their abilities to face novel situations or prompt them to develop threat cognitions in relation to their environment (Chorpita & Barlow, 1998). This may have been different if we had included clinically referred children and their parents in the current investigation.

When comparing the different parenting clusters regarding parental characteristics, the results show that disengaged fathers and mothers displayed fairly high levels of anxiety symptoms. This result is consonance with previous studies showing that anxious parents are more withdrawn and disengaged than non-anxious parents (Schrock & Woodruff-Borden, 2010; Whaley et al. 1999; Woodruff-Borden et al., 2002; Turner et al., 2003). It seems plausible that those parents are more focused on their own anxiety symptoms and their self-regulation, which may compromise their ability

to be involved in parenting. As a consequence, some parents might be more dismissive and less actively involved in rearing.

Our findings also indicated that the overinvolved cluster was associated with higher levels of anxiety/worry about the child in both parents. It could be expected that parents who are more worried about the well-being of their child may interpret ambiguous situations as potential threats to the child more frequently (Lester, Field, Oliver, & Cartwright-Hatton, 2009). Those cognitions may evoke controlling and overprotective behaviors, especially if parents perceive their children as anxious (Cobbam, Dadds, & Spence, 1999) and themselves as unable to cope with difficulties.

In sum, disengaged rearing seems to be associated with both parental and children's anxiety, whereas anxiety/worry about the child seemed more related to overinvolved rearing styles. It is possible that these results reflect different paths to explain parental behavior. Disengaged parents may be withdrawn and less involved in childrearing as a reflex from their anxiety problems and from their difficulty to cope with child distress in a more proactive and adjusted manner. In other parents, worry about the child and the corresponding tendency towards overprotecting styles may represent an adaptive attempt to respond to children's needs, which might be relatively normative in childhood, rather than suggestive of the presence of children's or parental anxiety problems. Future studies could clarify this hypothesis.

The present findings must be considered in the context of various limitations. To begin with, as noted earlier, the cross-sectional research design does not allow us to make causal inferences. Further, the sample was community-based; most families were intact, had a medium level of income, and lived in urban areas. For these reasons, the generalizability of the obtained results may be limited. Another potential



shortcoming was that this research relied solely on self-reports to measure parental variables as well as anxiety symptoms, and socially desirable response tendencies cannot be excluded. Finally, we did not include all parenting dimensions that might be relevant to the study of child anxiety. Autonomy granting (McLeod et al., 2007) and rough-and-tumble play (Bögels & Perotti, 2011) are noteworthy examples that must be incorporated in future studies. Given these caveats, a clinical sample should be included in future studies to confirm whether these patterns maintain their characteristics and associations with outcomes of interest. Parental anxiety disorders diagnoses should also be controlled. Parental report of their own parenting behaviors could also be complemented by observational methodologies and by children's and partners' reports to overcome the limitation of self-report methods.

To date, most studies have explored how separate parenting dimensions are related to child anxiety. However, little is known about combinations of parenting behaviors within the context of this type of child psychopathology. With this in mind, the present study employed cluster analysis to identify various parenting typologies, an approach that more fully covers the complex facets of childrearing and provides a better understanding of how patterns of parenting behaviors may influence the development of anxiety disorders. Our findings suggest that disengaged parenting, especially if evidenced by mothers, seems to be a potentially important risk factor for child anxiety. Although this pattern has demonstrated some common features with neglecting styles described in the literature, our disengaged pattern is mostly characterized by two main features: a lack of positive parenting styles and behaviors, such as emotional warmth and encouragement of approach behaviors, and high parental anxiety. These

findings might be included in preventive interventions targeting anxious children and their families.

## REFERENCES

- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development, 67*, 3296–3319.
- Ballash, N., Leyfer, O., Buckley, A. F., & Woodruff-Borden, J. (2006). Parental control in the etiology of anxiety. *Clinical Child and Family Psychology Review, 9*, 113–133.
- Barlow, D. H. (2002). Origins of apprehension, anxiety disorders, and related disorders. D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 252–291). Guilford Press, New York.
- Barrett, P. M., Fox, T., & Farrell, L. J. (2005). Parent-child interactions with anxious children and with their siblings: An observational study. *Behaviour Change, 22*, 220–235.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology, 4*, 1–103.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349–378). San Francisco: Jossey-Bass.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence, 11*(1), 56–95.
- Baumrind, D., Larzelere, R. E., & Owens, E. (2010). Effects of preschool parents' power assertive patterns and practices on adolescent development. *Parenting: Science and Practice, 10*(3), 157–201.
- Benoit, K. (2009). *The relationship between parenting style and childhood anxiety in an ethnically diverse South African sample*. Unpublished master's thesis. Virginia Polytechnic Institute and State University, United States.
- Bögels, S. M., Bamelis, L., & van der Bruggen, C. O. (2008). Parental rearing as a function of parent's own, partner's, and child's anxiety status: Fathers make the difference. *Cognition & Emotion, 22*, 522–538.

- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834–856.
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28, 539–558.
- Bögels, S. M., & Perotti, E. C. (2010). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 171–181.
- Bögels, S. M., & Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1583–1596.
- Breckenridge, J. (2000). Validating cluster analysis: consistent replication and symmetry. *Multivariate Behavioral Research*, 35, 261–285.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2007). A avaliação dos estilos parentais educativos na perspectiva dos pais: A versão portuguesa do EMBU-P. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 2, 271-286.
- Carlson, V. J., & Harwood, R. L. (2003). Attachment, culture, and the caregiving system: The cultural patterning of everyday experiences among Anglo and Puerto Rican mother-infant pairs. *Infant Mental Health Journal*, 24, 53–73.
- Caron, A., Weiss B., Harris V., & Catron, T. (2006). Parenting behavior dimensions and child psychopathology: Specificity, task dependency, and interactive relations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 34–45.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833.

- Castro, L., Pablo, J., Gomez, J., Arrindell, W. A., & Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: A new form of the EMBU. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 230–235.
- Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3–2.
- Cobham, V. E., Dadds, M. M., & Spence, S. H. (1999). Anxious children and their parents: What do they expect? *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 220–231.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Keller G., & Angold, A. (2004). *Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. In: Levin BL, Petrila J, Hennessy KD (Eds), *Mental Health Services: a Public Health Perspective* (pp.111–128). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715–734.
- Darling, N. (1999). *Parenting Style and Its Correlates*. *ERIC Digest*. Champaign: ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education, University of Illinois.
- Derogatis, L. R. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Brenznitz (Eds.), *Handbook of stress*. New York: Free.
- Di Bartolo, P. M., & Helt, M. (2007). Theoretical models of affectionate versus affectionless control in anxious families: A critical examination based on observations of parent--child interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 253-274.
- Eley, T. C. (2001). Genetic and environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.) *The developmental psychopathology of anxiety* (pp.45–59). Oxford: Oxford University Press.
- Fliek, L., Daemen, E., Roelofs, J., & Muris, P. (2015). Rough-and-tumble play and other parental factors as correlates of anxiety symptoms in preschool children. *Journal of Child and Family Studies*. 24(9).

- Gar, N. S., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2005). Family factors and the development of anxiety disorders. In: Hudson J. L., Rapee R. M., editors. *Psychopathology and the family*. (pp. 125–145). Oxford, UK: Elsevier.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M., & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251–277.
- Ginsburg, G. S., Riddle, M. A., & Davies, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1179–1187.
- Grusec, J. E., & Goodnow, J. J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*, 30, 4-19.
- Grusec, J. E., Rudy, D., & Martini, T. (1997). Parenting cognitions and child outcomes: An overview and implications for children's internalization of values. In J. E. Grusec & L. Kuczynski (Eds.), *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory* (pp. 259-282). New York: Wiley.
- Herren, C., In-Albon, T., & Schneider, S. J. (2013). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 53-60.
- Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S. V., & Rosenbaum, J. F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 910-917.
- Holmbeck, G. N., Paikoff, R. L., & Brooks-Gunn, J. (1995). Parenting adolescents. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Children and parenting* (Vol.1, pp. 91–118). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Holmbeck, G., Johnson, S., Wills, K., McKernon, W., Rose, B., Erklin, S., & Kemper, T. (2002). Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment

- in preadolescents with a physical disability: The mediational role of behavioral autonomy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 96–110.
- Hudson, J. L. (2013). Parent-child relationships in early childhood and development of anxiety & depression. Rapee R. M., topic ed. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters R DeV (Eds.) *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-6). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development.
- Hudson, J. L. & Rapee R. M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 31, 548–555.
- Kim, D., & Rohner, R. P. (2002). Parental warmth, control, and involvement in schooling predicting academic achievement among Korean American adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 127-140.
- Krohne, H. W., (1992). Developmental conditions of anxiety and coping: A two process model of child rearing effects. In K. A. Hagvet (Ed), *Advances in test anxiety research* (pp.143-155). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Francis, G., & Grubb, H. J. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1580–1583.
- Leaper, C. (2002). Parenting girls and boys. *Handbook of parenting: Children and parenting* (pp. 189–225). Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lester, K., Field, A. P., & S. Cartwright-Hatton, S. (2012). *Maternal anxiety and cognitive biases towards threat in their own and their child's environment. Journal of Family Psychology*, 26 (5), 756-766.
- Luis, T., Varela, R. E., & Moore, K. (2008). Parenting practices and childhood anxiety reporting: A comparison of Mexican, Mexican American, and European American youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1011-1020.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent - child interaction. In P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hethrington (Vol. Ed.), *Handbook of*

- child* psychology: Socialization, personality, and social development (4th ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mandara, J. (2003). The typological approach in child and family psychology: a review of theory, methods and research. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 6, 129-146.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisbon: Edições Sílabo.
- McBride, B. A., & Mills, G. (1993). A comparison of mother and father involvement with their preschool age children. *Early Childhood Research Quarterly*, 8, 457-477.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.
- Milligan, G. W. (1996). Clustering validation: results and implications for applied analyses. In P. Arabie, L. J. Hubert and G. De Soete (ED.), *Clustering and Classification*. World Scientific (pp. 341-375). Publ., River Edge, New Jersey.
- Mooi, E., & Sarstedt, M. (2011). *A Concise Guide to Market Research: The Process, Data, and Methods Using IBM SPSS Statistics*. Berlin: Springer.
- Moore, P. S., Whaley S. E., & Sigman M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (3), 471-476.
- Mounts, N. S., & Steinberg, L. (1995). An ecological analysis of peer influence on adolescent grade point average and drug use. *Developmental Psychology*, 31, 915-922.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Child Psychiatry Disorders (SCARED-R): factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.



- Paquette, D. (2004). Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 47, 193-219.
- Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pereira, A. I., Barros, L., & Beato, A. (2013). Parental anxiety and overprotection scale: A psychometric study with a sample of parents of school age-children. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 35 (1), 35-55.
- Pereira, A. I., Barros, L., Mendonça, D., & Muris, P. (2014). The Relationships Among Parental Anxiety, Parenting, and Children's Anxiety: The Mediating Effects of Children's Cognitive Vulnerabilities. Published online. *Journal of Child and Family Studies*.
- Pereira, A. I., Barros, L., & Neves, M. (2011). *The evaluation of anxiety symptomatology in the perspective of the child and the parents: The development of the Portuguese versions of SCARED-R*. Actas do VIII Congresso IberoAmericano de Avaliação Psicológica / XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Pereira, A. I., Canavarro, C., Cardoso, M., & Mendonça, D. (2009). Patterns of Parental Rearing Styles and Child Behaviour Problems among Portuguese School-Aged Children. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 454-464.
- Quintin, P. E. (2001). Changements familiaux à long terme à la suite d'une intervention écosystémique. In J. Torrente (Org), *La maltraitance - Regars pluridisciplinaires* (pp. 191-214). Revigny-sur-Ornain: Hommes et Perspectives.
- Radziszewska, B., Richardson, J. L., Dent, C. W., & Flay, B. R. (1996). Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and SES differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 289-305.

- Rapee, R. (1997). Potential Role of Childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17 (1), 47-67.
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety? *Biological Psychiatry*, 52, 947-957.
- Schrock, M., & Woodruff-Borden, J. (2010). Reciprocal patterns of interactions in anxious families. *Child and Family Behavior Therapy*, 32(4), 291-310.
- Steinberg, L., Lamborn, S., Darling, N., Mounts, N., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65, 754-770.
- SPSS. Version 22. Chicago: Author; 2013.
- Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1993). Parental overprotection revisited. *Child Psychiatry and Human Development*, 24, 67-80.
- Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1997). Parental overprotection and its relation to perceived child vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 2, 330-335.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Epstein, L. H. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 151-166.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 541-554.
- van der Bruggen, C. O., Stams G., & Bögels, S. M. (2008). Research Review: The relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1257-1269.
- Verhoeven, M., Bögels, S., & van der Bruggen, C. (2012). Unique roles of mothering and fathering in child anxiety: Moderation by child's age and gender. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 331-343.
- Weissman, M. M., Feder, A., Pilowsky, D. J., Olfson, M., Fuentes, M., Blanco, C., & Shea, S. (2004). Depressed mothers coming to primary care: Maternal reports of problems with their children. *Journal of Affective Disorders*, 78, 93-100.

- Weiss, L. H., & Schwarz, J. C. (1996). The relationships between parenting types and older adolescents' personality, academic achievement, adjustment and substance use. *Child Development, 67*, 2101-2114.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 826-836.
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry & Human Development, 37*, 73-87.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 134-151.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 31*(3), 364-374.

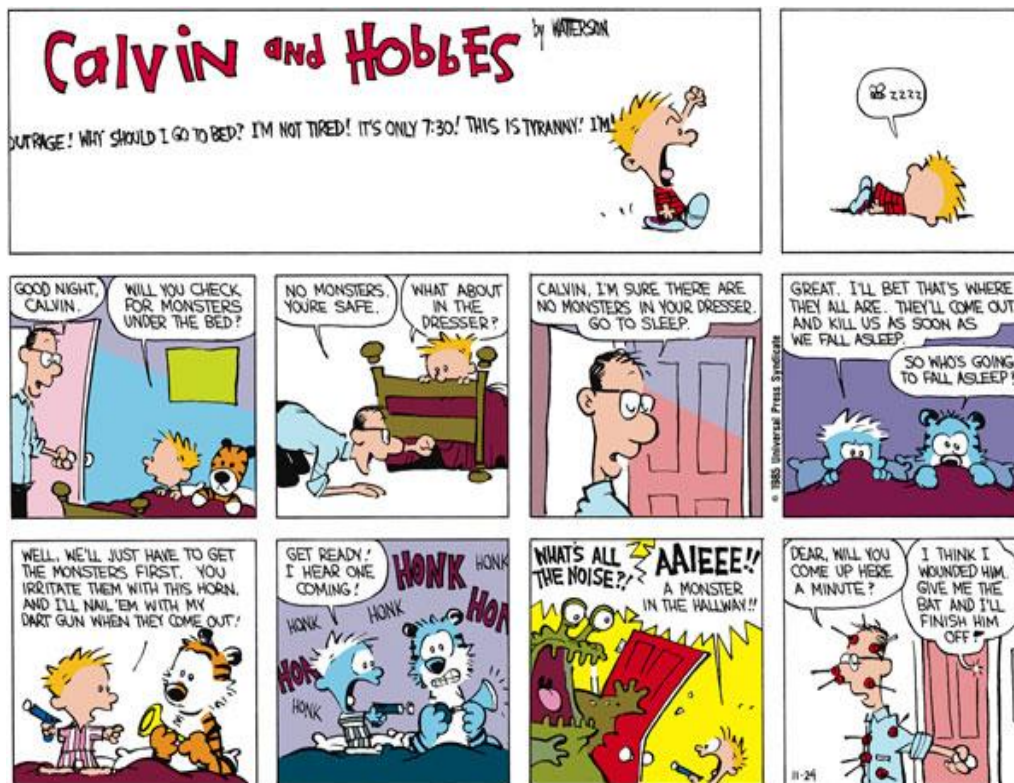


## 4

**INTERACTIONS BETWEEN ANXIOUS AND NON-ANXIOUS CHILDREN, THEIR FATHERS AND MOTHERS: AN OBSERVATIONAL STUDY USING SEQUENTIAL ANALYSIS<sup>15</sup>**

---

<sup>15</sup> Beato, A., Pereira, A. I., Barros, L., & Quera, V. (Em submissão). Interactions between anxious and non-anxious children, their fathers and mothers: an observational study using sequential analysis.



# Interactions between anxious and non-anxious children, their fathers and mothers: an observational study using sequential analysis

## Abstract

Evidence suggests that specific parenting behaviors play a role in the development and maintenance of children's anxiety and that these parenting behaviors may differ in function of parents' gender. Likewise, theoretical models highlight the reciprocal relation between parents' behaviors and children's anxiety but most studies failed to capture these interactional behaviors and to analyze parental gender differences in this context. The current study intended to fill this gap using timed-window sequential analysis. Participants included 60 children (ages 9–13 years) divided into two groups (anxious and non-anxious) that were observed with their parents in two anxious inducing tasks. Parent's and children's behaviors were videotaped and coded. Results show that parents of anxious children evidenced more overinvolvement, withdrawal and anxiety than parents of non-anxious children. Further, mother's and father's behaviors preceding and following children's manifestations of anxiety are different in the anxious and non-anxious group. Anxious children were more likely to manifest anxiety when their mothers were overinvolved and also when their fathers regulated their behavior, exhibited anxious or withdrawn behaviors in the interactions. In this group, parents' behaviors following children's manifestations of anxiety included the display of anxious behaviors for mothers and negative behaviors for both parents. These behaviors were more probable to occur in interaction of anxious children and their parents. These results provide evidence for the existence of different contingent behaviors during the interactions, according to parental gender and the child's anxiety status.

**Keywords:** Children anxiety; interactions; father; overinvolvement; sequential analysis

## INTRODUCTION

Anxiety disorders are characterized by their high prevalence through the lifespan (Kessler et al., 1994), early onset (Keller et al., 1992) and high costs if left untreated (Dadds et al., 1997). Among other environmental risk and maintenance factors, family characteristics have received the largest attention in the literature. Research and theoretical models have identified specific parental cognitive, emotional and behavioral dimensions that may shape the interaction between parents and children with anxiety problems (Creswell et al., 2011). Extensive empirical research highlights that parental behaviors and their emotional distress, especially anxiety, may be linked to the development and maintenance of anxiety in school-aged children. With regard to parenting styles, two central dimensions have received major attention: control and rejection. Rejecting and particularly, intrusive, overinvolved, overprotective and overcontrolling parenting styles have been largely associated with the presence and severity of children's anxiety (e.g., Dumas et al., 1995; Hudson & Rapee, 2002; Rubin et al., 2001; Pereira et al., 2014; Wood et al., 2003). Rejection might increase child's vulnerability to anxiety because it limits their opportunities to explore the environment by trials and errors, affects directly children's self-esteem and integrity, and compromises their emotional self-regulation and ability to tolerate negative feelings (e.g., Gottman et al., 1997; Wood et al., 2003). According to traditional models, control plays a crucial role in anxiety development because it increases children's perceptions of threat and their self-perception as incapable to control it, and increases the probability of avoidant responses, which in turn, reduce the



opportunities for the children to confront new situations and develop coping skills and sense of mastery over them (e.g., Chorpita et al., 1998; Rapee, 2001).

Although the studies that include parenting global dimensions have identified important risk factors for the development and maintenance of children's anxiety there are some critical aspects that are worth mentioning. First, these global parenting dimensions are commonly present in other children's disorders (e.g. depression) (e.g., Fisak & Grills-Tachequel, 2007) and only explain a small part of anxiety's overall variance (see McLeod et al., 2007, for a review), which limits the comprehension of the unique parenting factors associated with child's anxiety. Second, most studies relied on self-report measures to study these constructs, with consequent limited effects on the outcomes. More recently, observational methods have been used, exploring more specific and diverse parental behaviors (see Van der Bruggen et al., 2008, for a review). Third, these constructs have been operationalized in slightly different ways (e.g., overcontrol, overprotection, overinvolvement, intrusiveness, psychological control), which might have conducted to a consequent variability in research results (Pereira et al., 2013).

For these reasons, it has been recommended that researchers should move beyond traditional definitions of parenting in order to include more specific and observable dimensions (McLeod et al., 2011). In the last decades, several studies have focused on several subdimensions of control and rejection and the role of specific parental responses (see Murray et al., 2009). Findings from various studies using both clinical and non-clinical samples showed that behaviors of parents with anxious children are often characterized by high overinvolvement (e.g., de Wilde & Rapee, 2008; Thirlwall & Creswell, 2010), low autonomy support (e.g., Siqueland et al., 1996;

Murray et al., 2008), criticism (e.g., Gar & Hudson, 2008), modeling of anxious and avoidant responses (see Fisak & Grills-Taquechel, 2007 for a review), expression of fear (e.g., Murray et al., 2007), transfer of fear-relevant information (e.g., Moore et al., 2004; Murray et al., 2008) and reinforcement of the child's anxiety and avoidant behaviors (Cobham, 1998; Dadds et al., 1996; van Brakel et al., 2006). More recently, some studies started to emphasize the role of protective or positive parental behaviors that may decrease children's risk for anxiety (Bögels & Phares, 2008), such as encouragement of bravery or challenging behavior (e.g., Lazarus et al., 2016; Silk et al., 2013), which involves the playful encouragement of children to go beyond their own limits.

In addition, the literature has been expanding to comprehend the context and the interpersonal dynamics in the parent-child interactions (e.g., Hudson & Rapee, 2002; Silverman et al., 2009). Several theories underline the cyclical and transactional relationship between parent and child behaviors (Manassis & Bradley, 1994; Hudson & Rapee, 2004). For instance, excessive forms of control may elicit children's anxiety but they may also be a response to it, in order to reduce the child's distress in the short term. Also, if parents perceive their children as anxious, fragile or vulnerable, they might behave in overinvolved or rejecting ways towards them, which reinforces child's anxious responses with their parents and reflects that bidirectional influences shape parent-child interactions.

Few preliminary studies have found promising evidences for the bidirectional influences between anxious children's behavior and their parents. These bidirectional influences were explored in an experimental design study (de Wilde & Rapee, 2008) that included 7 to 13 year old children preparing a speech with their mothers. In the

condition where mothers were previously instructed to behave in an over controlling way, children showed more anxiety during the subsequent speech than children interacting with mothers instructed to be minimally controlling during the task. Another study (Hudson et al., 2009) showed that parents interacting with children, who were not their own, during a speech preparation task, were more involved with anxious children than with non-anxious children. Also, parents of anxious children interacted less negatively with non-anxious children.

Furthermore, the sequences of transaction within interactions are starting to receive some attention. For instance, one study used sequential analysis to describe the bidirectional changes occurring during interactions between children and their parents during a discussion task, with two groups of children, anxious and non-anxious (Hummel & Gross, 2001). Both groups of children tended to respond in line with the parent's verbalization (i.e., positive, neutral or negative). However, anxious children were more likely to respond negatively to the parent's negative verbalization compared with non-anxious children, following a parent's negative verbalization. Parents of non-anxious children responded positively or neutrally to the child's negative verbalizations. Although this study is quite relevant because it employs sequential analysis to uncover the bidirectional patterns between children and their parents, it fails to describe the role of precise and specific behaviors during parent and child transactions since discrete behaviors were agglomerated into global categories.

The current study aimed to characterize the interactions between anxious and non-anxious children and their parents, employing a sequential analysis methodology. We examined the contingent behaviors between parents (fathers and mothers,

separately) and their children (anxious or non-anxious), according to the following questions:

- a) Which parental behaviors were more frequent in parent-child interactions in both groups?
- b) Which specific parental behaviors are more likely to precede children's manifestations of anxiety?
- c) Which specific parental behaviors are more likely to follow children's manifestations of anxiety?
- d) Do these parent-child contingent behaviors differ between groups?

Additionally, we compared fathers' and mothers' interactions with children between and within each group. Most previous studies have relied mostly on mothers and have failed to clarify the role of parental gender in the development and maintenance of children's anxiety. According to Bögels and Perotti (2011), during the childrearing process, fathers and mothers seems to play different but complementary roles, functioning as a dynamic system. Also, paternal anxiety, under involvement, lack of warmth and reduced autonomy granting may be important risk factors for anxiety problems during childhood. Therefore, the consideration of parental gender in the analysis of parent-child interactions is an additional contribution of the present study.

## METHOD

### *Participants*

Sixty Portuguese children (28 boys and 32 girls) and their parents participated in the study. Overall, 120 dyadic interactions were observed, 60 father-child and 60 mother-child completed the two tasks (Table 1). Children ranged from 9 to 13 years old. The children and their parents belonged to two groups, selected through a screening procedure described below. The anxious group (ANX) was composed by 30 children meeting the criteria for a current primary anxiety disorder. The primary diagnoses for the anxious sample were: generalized anxiety disorder ( $n = 12$ ), social anxiety disorder ( $n = 8$ ), specific phobia ( $n = 7$ ) and separation anxiety disorder ( $n = 3$ ). Among the ANX group, 23 children met the criteria for more than one anxiety diagnosis, one met the criteria for a comorbid mood disorder, and four for a comorbid behavior disorder (oppositional defiant disorder or attention deficit hyperactivity disorder). The non-anxious group (NANX) was constituted by the other thirty children who did not meet the criteria for an anxiety disorder or any other diagnosis, at the moment of the assessment. Only children living with their biological parents in the same household were included.

Table 1 presents the characterization of ANX and NANX groups. To ensure that our results were not confounded by relevant socio-demographic variables, comparisons were computed on both groups, using Student's T test and  $X^2$  test for child's gender and age, parents' age, educational level and family's socio-economic status. There were no significant differences between the groups.

**Table 1** Socio-demographic characteristics of anxious and non-anxious groups

Variable	ANX	NANX
Child's age (in years)		
M (SD)	10.23 (1.14)	10.55 (.74)
Child's gender (%)		
Male	14 (46.7)	14 (46.7)
Female	16 (53.3)	16 (53.3)
Family's socio-economic status (%)		
Low	6 (20)	8 (26.7)
Medium	12 (40)	11 (36.7)
Medium high/High	9 (30)	9 (30)
Unknown	3 (10)	2 (6.7)
Father's age		
M (SD)	43.07 (5.02)	41.32 (6.02)
Father's highest educational level (%)		
9th grade or less	8 (20)	6 (20)
High school graduate	13 (43.3)	14 (46.7)
College or high graduation	9(30)	10 (33.3)
Mother's age (in years)		
M (SD)	40.32 (5.80)	41.32 (5.80)
Mother's highest educational level (%)		
9 <sup>th</sup> grade or less	8 (26.7)	6 (20)
High school graduate	13 (43.3)	14 (46.7)
College or higher graduation	9 (30)	10 (33.3)
Siblings (%)		
None	11 (36.6)	10 (33.4)
One	10 (33.3)	12 (40)
Two or more	9 (30)	8 (26.6)

## Measures

*Children's anxiety symptoms.* The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised (SCARED-R; Muris et al., 1999) is a self-report measure with 69 items assessing symptoms of all anxiety disorders that may occur in children according to the DSM-IV (American Psychiatric Associations, 1994). Thus, the SCARED-R includes items referring to separation anxiety disorder ("I get scared when I sleep away from home"), generalized anxiety disorder ("I am nervous"), panic disorder ("When frightened, it is hard to breathe"), social phobia ("I don't like to be with people I don't know"), school phobia ("I don't like going to school"), specific phobia ("I am afraid of an animal that is not really dangerous"), obsessive-compulsive disorder ("I want things to be in a fixed order"), and acute or post-traumatic stress disorder ("I have frightening dreams about a very aversive event I once experienced"). Children indicate how frequently they experience each symptom on a 3-point Likert scale (0 = never, 1 = sometimes, and 2 = often). Scores can be computed for each anxiety disorder and a total anxiety score can also be obtained. The Portuguese version of SCARED-R possesses good internal consistency and test-retest reliability, as well as adequate convergent and discriminant validity (Pereira et al., 2011). The internal consistency of the total scale in our study was excellent (Cronbach's alpha = .94).

The *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children, Child and Parent Versions* (ADIS-C/P; Albano & Silverman, 1996) is a semi-structured interview for diagnosing anxiety disorders in youth (7-18 years). The interview initially probes for the main criteria of a diagnosis, which when positively endorsed is then followed by a more

detailed assessment of symptoms, level of fear, avoidance, and interference; and include the evaluation of depressive and externalizing disorders. This interview has well-established reliability and validity (Silverman et al., 2001). Mothers or fathers and children were interviewed together by trained clinical psychologists, according to the procedure used by Khanna and Kendal (2010). Questions were first addressed to the child and after to the parent. Parents and children had separate booklets and “thermometers” (i.e., the scales that measured the intensity of different symptoms and degree of avoidance). The booklets included lists of symptoms intended to measure the presence/absence and the intensity of symptoms, as well as their interference on the child’s functioning. The lists were administrated separately in order to avoid contamination between parent’s and child’s responses. A diagnosis was attributed when both the parent and child conferred in at least one anxiety disorder with a correspondent significant clinical severity rating ( $\leq 4$ ) (see Silverman & Albano, 1996) or clinical judgment, based on further questioning if there were discrepancies between informants.

*Children’s behavior problems.* The *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991) is a parent questionnaire intended to assess the psychosocial adjustment and behavioral problems during the past 6 months in 4 to 18 year-olds. It contains 120 items and the response format is: 0, *not true*; 1, *somewhat or sometimes true*; 2, *very true or often true*. In the current study, the total score was used. The Portuguese version of the CBCL showed good reliability and validity (Fonseca et al., 1994). In our study we analyzed the used the two main scores of the instrument, which revealed good Cronbach alphas (internalizing and externalizing problem scales .88 and .91).



*Parent-child Interaction.* Mother-child and father-child dyads participated in two behavioral tasks designed to elicit mild levels of anxiety in children. Each child participated in four observations. The order of the task and the order of the parents' participation were previously counterbalanced and randomized. One task was called "Let's make a speech" and was intended to induce social/performance anxiety. Parents and children received the following instructions: "This task requires that you prepare a speech with the help of your parents about the importance of eating healthy food. Imagine that you were chosen to make an advertisement to be presented to all your schoolmates about this relevant issue. That speech will be filmed. Your mother will be helping you for the first 3 minutes. Then your father will do the same thing. A clock will show you how much time is left. After the preparation, you'll have to deliver the speech alone in front of the camera. Notice that you can't read it from any paper". Parents were in the room during the speech.

The other task, "Blinded discovery", was designed to induce anxiety concerning a physical threat. Instructions were: "Now you have to discover what is inside these four black boxes. You have to introduce your hand in the interior without opening it or seeing what is inside. To pass this test, you can only make one mistake in one box. This time, your father will be the first to help you identify what's inside the boxes 1 and 2. Then, your mother will do the same with the boxes 3 and 4. After you finish, I will return and count your successes and errors". In both tasks parents were instructed to help if, when and how they felt like it, because there were no right or wrong behaviors. The experimenter was not present during completion of the task. This task had no limited duration.

## Procedure

The present research was approved by the National Data Protection Commission, the General Administration for Innovation and Curriculum Development from the Portuguese Ministry of Education, and the Ethics Committee of the Faculty of Psychology, University of Lisbon.

This sample was selected from a larger study on parenting and children's anxiety, in which children were selected through a multi-screening procedure. Firstly, 987 children from elementary and middle schools in the Lisbon area completed SCARED-R in classroom sessions. Secondly, 67 children from a total of 136 with scores above percentile 85 in SCARED-R, participated in a diagnostic interview with their parents (ADIS-C/P; Silverman & Albano, 1996). Interviews were mainly conducted in the schools by the first author. Two families refused to participate in the present study. Finally, 30 anxious children were randomly selected from the high anxious group to participate in the research tasks. In parallel, 30 children with low anxiety scores (below percentile 50) on SCARED-R were randomly selected from the initial sample. To evaluate the presence of internalizing and externalizing problems, parents of non-anxious children completed the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991). This instrument was used to ensure the inexistence of internalizing and/or externalizing problems in non-anxious children. Children who scored above the percentile 90 in at least one of these scores were excluded from the study ( $n = 1$  child).

### *Observational Coding System*

Most studies resorting to sequential analysis have agglomerated specific behaviors into large composites or codes with diverse meanings. These decisions were based on the theoretical meaning of the codes or were used to improve inter-observers agreement. However, the identification of specific behaviors and the validity of lumped categories were sometimes compromised (Gottman et al., 1997). The present study avoided establishing broad composites in order to capture more precise behaviors during parent and child transactions.

*Parents' and children's behaviors.* An initial behavioral coding system intended to capture the parent and the child's verbal and non-verbal responses during interactions was defined. Some codes were adapted from existing coding systems (Ginsburg et al., 2013; Hudson & Rapee, 2001; Murray et al. 2012; Silk et al., 2013), according to theoretical framework (e.g., McLeod et al., 2007), such as overinvolvement, parental anxiety, negativity or encouragement of bravery. Other codes were specifically designed for the current study (e.g., parental reassurance) based on their occurrence on the interactions and their potential influence on child's manifestations of anxiety. Nine parental and one children's behavior codes were analyzed (Table 2).

**Table 2** Codes' description and exemplification

Parent's Codes	Description	Examples
Overinvolvement (PO)	Behaviors that evidence overprotection, overcontrol and intrusiveness, including invasive and unsolicited emotional and/or practical support and commands delivered by the parent to direct the child's behavior.	To offer unnecessary help while the child manages independently ("I do that"). To interfere, verbally or physically (e.g. give many ideas without any space for the child to participate), cutting across the child's behavior and attempting to take over and impose own agenda ("Ok, but try to talk about vegetables instead"). To tell the child exactly what to say, to direct the organization of the speech, to have a final decision about what is inside the boxes, to grab the notebook and write their own notes.
Parental anxiety (PA)	Verbal and non-verbal expressions of fear, catastrophizing, worry and anxiety that may model anxiety towards the child.	Anxious facial expression (e.g., expressions of fear or tension, biting the lip), body movements (e.g., rigid posture, restlessness, nervous laugh, wringing hands, nail biting, hair twirling, moving the feet repeatedly), and speech (rapid, nervous, or inhibited). Verbal expressions, such as: "This is very difficult", "We will never do this on time", "Be careful!"
Withdrawal (PW)	Parents dismiss themselves and do not interfere in the task realization; they give minimal response to the child, stay still, silent or wait for the child's actions.	Parents may be looking at the child but do not interfere, suggest or directly encourage the child. They engage in the task in a minimal or passive way, staying quiet or having no active role during task realization.
Negativity (PN)	Verbal and non-verbal expressions of negative affect towards the child, criticism, negative comments about the child's performance, blaming statements, diminishing the child, its behaviors or feelings and difficulties.	Verbalizations such as: "That is a bad idea", "Because of you, this will take more time", "You're worthless", "That's not a good way to prepare a speech", "Why are you feeling bad?! I don't get it". Verbal and non-verbal manifestations of anger, sarcasm, irritation, tension or frustration (e.g., "Come on!"; "I can't handle it any more"; "You're annoying me").

Encouragement of bravery (PEB)	Suggestions and strategies intended to help the child to cope with the difficulties and not give up, even if the child is resistant or feeling uncomfortable and anxious.	Verbalizations such as: "Don't think about the time, keep going", "Imagine that you are describing your talk to your best friends", "Try to think about your daily routines", "Take a good breath", "Remember the list we did, that will help you", "Try again, don't worry", "You are going well, don't stop", "Now, let's do it!"
Behavior regulation (PBR)	Parents instruct children to behave in appropriate ways and stop doing something they consider improper. To manage the child's energy, emotions, attention and behavior in ways that are socially acceptable and in order to keep the child focused and help him/her to achieve their goals.	Verbalizations such as: "Don't get up from your chair", "Stay still", "Don't speak so loud", "Do not interrupt when other people are talking", "Stop!"
Reassurance (PR)	Parents try to restore the child's confidence using security messages.	Verbalizations such as: "I'm sure it's harmless", "Don't worry, everything will be fine", "Calm down", "There's nothing to be afraid of", "The researcher would never put a living animal in there".
Demandingness (PD)	Perfectionism, imposing high standards to the child.	Verbalizations such as: "You have to be sure of that", "It's better to check all the boxes again", "Repeat the speech once again", "It's not good enough".

Child's codes	Description	Examples
Manifestations of anxiety (CMA)	Verbal and non-verbal expressions of anxiety, nervousness. Includes performance anxiety, expressions of distress and of irritation when exposed or pressured to confront stressful situations.	See Parental Anxiety. Other behaviors that express distress: children push parents away, confront or even scream at parents.

### **Interobserver agreement and data reduction**

Two graduate psychology students served as observers, blinded to the child's condition. Prior to codification, feedback was given to the observers during the training process to improve their accuracy. Training lasted until they reached an acceptable agreement. Observers coded 20% of the randomized videotapes. Interobserver agreement was computed with Cohen's Kappa coefficients, using program General Sequential Querier (GSEQ, Version 5.0; Bakeman & Quera, 2011). If a kappa was equal or superior to .60 for at least one of the parents, the code was included in the subsequent analysis (Yoder & Simons, 2010). Three codes were previously excluded from the analysis based on their low kappa scores, which might be due to a lack of clearness or to a more confusing operationalization of these codes.

Inter-rater agreement Kappa coefficients were calculated for both event-based [parents:  $k(E) = .81$  and children:  $k(E) = .73$ ] and time-units with 5 seconds of tolerance [parents:  $k(TU) = .84$ ] and children:  $k(TU) = .61$ ], as suggested by Bakeman and colleagues (2009). Codes for individual Kappas ranged from .65 (Negativity) to 1.00 (Parental anxiety) for parents' codes and from to .93 (Manifestations of anxiety) for children's code. Five codes with low relative frequencies (below 10%) were excluded from the analysis (e.g., reflecting about the task, expressions of humor, autonomy granting). According to Hall and Oliver (1997), data files with few occurrences of a given behavior supply an insufficient number for this type of analysis.

## Data Analysis

Data were transcribed, timed and coded by the observers according to categories constructed for this study. Codes were exported to a database, converted into a standard format called Sequential Data Interchange Standard-SDIS (e.g., Bakeman & Quera, 2011), and compiled for sequential analysis with the GSEQ software. Data were timed-event sequences and both onset and offset times for each code were represented. Thus, every time a behavior of interest occurred, its beginning, duration and ending were registered. The codes were mutually exclusive (i.e., only one code can be associated with a particular event) although they could temporarily overlap temporarily (i.e., two or more events could co-occur at the same moments and have similar durations (Bakeman & Quera, 2009). The frequency and duration of each behavior were rated during the entire sequence. Children's codes could co-occur with parent's codes (Figure 1). A total of 120 interactions were analyzed given that each child participated in the tasks with both parents. Although each task lasted for a relatively short period of time, various codes were derived in an almost exhaustive way within each segment, which allowed collecting vast information from small segments of time.

Initially we compared the means of each parental behavior of fathers and mothers from both groups with tests for independent samples (*t*-Student test). To accomplish our two objectives, time-window sequential analysis was performed. We first defined a 5-sec window after every occurrence of all parent's behaviors (e.g., maternal overinvolvement + 5') and then we did the same for children's behavior (i.e. child's manifestations of anxiety + 5'). As illustrated in Figure 2, this technique allows identifying if the presence of a "given" behavior increases the probability of a "target"

behavior to occur within a specified temporal window (Bakeman, 2004). Compared to other sequential analysis techniques, time-window is more flexible and uses a data representation format with greater detail, because it allows describing how interactions occur over time and in real time (Chorney et al., 2010).

**Figure 1** Example of a timed-event sequence. Times are expressed in minutes:seconds. Some code occurrences are followed by their onset and offset times separated by hyphens, while others lack offset times, which are implicitly expressed as the onset time for the next code. In the example, two parallel streams separated by an ampersand (&) are shown, for the child (containing a single code occurrence) and for the parent.

---

<Family 8: FF and mother>

CMA,00:18- &

PNm,00:32- POm,00:33- PAm,00:39- Plm,02:26- POm,02:38- PAm,02:46-04:00 /

---

After recodification, we pooled lag 0 frequencies over parental gender (father and mother) and by group membership (ANX and NANX). Data were then represented in 2 (dyad) x 2 (group) contingency tables. Occurrences and non-occurrences of our target codes (i.e., child’s manifestations of anxiety) and specified window for the given codes (i.e., parental behaviors occurred 5-sec before target code) were represented in contingency tables (see Yoder & Tapp, 2004), as exemplified in Figure 3.



**Figure 2** Timed-event data demonstrating defined window for time-window sequential analysis. Code occurrences are indicated by a 1, their absence is indicated by a 0. Shading indicates maternal overinvolvement occurred in a 5 second window before children’s manifestations of anxiety. Bolded italic values indicate maternal overinvolvement that occurs inside a 5-sec window after child’s manifestations of anxiety

	00:0	00:0	00:0	00:0	00:0	00:0	00:0	00:0	00:0	00:1	00:1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
Maternal over-involvement	0	1	0	0	1	1	<b><i>1</i></b>	<b><i>1</i></b>	<b><i>0</i></b>	<b><i>0</i></b>	<b><i>1</i></b>
Child’s manifestations of anxiety	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

The same procedure was repeated with the 5-sec specified window for children’s behavior as “given code” and parental behaviors as “target codes”. As recommended by Bakeman and Quera (2011), chi-square scores ( $\chi^2$ ) were first computed for the tables. If significant, the adjusted residuals (z-scores) for the associations between parents’ and child’s codes were computed. Z-scores indicate whether the association between “given” and “target” behaviors occurs by chance or not. Z-scores greater than or equal to a certain criterion ( $+1.96, p < .05$ ;  $+2.58, p < .01$ ) indicate that the “given” and the “target” behaviors simultaneously occurred (lag 0) more frequently than expected by chance; values greater than  $+2.58$  are more stringent and less susceptible to type I error (Bakeman and Quera 2011).

**Figure 3** Example of two 2x2 contingency tables with maternal overinvolvement occurring 5 seconds before child's manifestations of anxiety, by group membership (ANX, NANX). Adjusted residuals for the upper left cells (5's after PA, CNR) are shown.

ANX <i>n</i> = 120				NANX <i>n</i> = 120			
JNTF	Target			JNTF	Target		
Given:	CMA	&	Totals	Given:	CMA	&	Totals
5's after PA	199	328	527	5's after PA	88	171	259
&	7422	14774	22196	&	4728	11185	15913
Totals	7621	15102	22723	Totals	4816	11356	16172
ADJR	2.08			ADJR	1.49		

Finally, differences between groups were analyzed. Yule's *Q* scores were computed for the lag 0, 2x2 tables for each dyad and entered as values of dependent variables in SPSS. Yule's *Q* is a score based on the odds ratio, and ranges from -1 (negative association, i.e., target and given codes do not tend to occur simultaneously) to +1 (positive association, i.e., target and given codes do tend to occur simultaneously), with zero indicating no association. Furthermore, unlike ADJR's this measure does not depend on sample size (i.e., the table total frequency), thus it is more adequate to analyze group differences. The Yules *Q* values from ANX and NANX groups were analyzed and compared. Non-parametric tests for two independent samples (*U* Mann-Whitney test) were used, with group membership as a factor. This procedure was repeated in order to compare fathers and mothers within each group, entering parental gender as a factor.

## RESULTS

### *Parental and children behaviors' frequencies*

In order to analyze differences between anxious and non-anxious groups, the absolute frequencies from parental codes were compared and the  $p$  values from the  $t$ -tests are shown (Table 3).

Fathers,  $t(58) = 2.07$ ,  $p < 0.05$ , and mothers,  $t(58) = 2.92$ ,  $p < .01$ , from the ANX group were more frequently overinvolved than parents from the NANX group. Similarly, fathers,  $t(58) = 3.39$ ,  $p < .01$ , and mothers,  $t(58) = 2.76$ ,  $p < .01$ , from the ANX group exhibited more anxious behaviors during dyadic interactions. Fathers,  $t(58) = 2.09$ ,  $p < .01$ , and mothers,  $t(58) = 3.01$ ,  $p < .01$  of anxious children were more withdrawn than parents of non-anxious children. Finally, mothers, but not fathers, from the ANX group revealed more demandingness,  $t(58) = 2.24$ ,  $p < .05$  as compared with the NANX group.

As evidenced in Table 4, anxious children manifested anxiety more frequently than non-anxious children [ $t(58) = 3.36$ ,  $p < .01$ ].

**Table 3** Comparisons of means of parental behaviors for fathers and mothers by group membership and *p* values for *t*-tests.

	Fathers					Mothers				
	ANX		NANX		<i>p</i>	ANX		NANX		<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Overinvolvement	3.06	2.35	1.83	2.27	.04	3.45	0.41	1.69	0.43	.005
Reassurance	0.42	0.72	0.55	1.35	.63	0.55	0.29	0.76	0.30	.62
Anxiety	1.13	1.57	0.14	0.35	.002	0.90	0.15	0.21	0.18	.008
Demandingness	1	1.27	0.62	0.94	.20	0.94	0.15	0.45	0.16	.03
Behavior Regulation	0.39	0.88	0.10	0.31	.11	0.48	0.14	0.14	0.15	.09
Negativity	1.68	2.21	1.03	1.67	.21	1.74	0.44	1.20	0.46	.40
Withdrawal	0.94	1.41	0.14	0.44	.005	0.45	0.96	0.03	0.99	.004
Encouragement of bravery	0.84	1.77	0.59	0.73	.48	0.84	0.14	0.83	0.32	.98

**Table 4** Comparisons of means of child's code by group membership and *p* values for *t*-tests

	Anxious children		Non-Anxious children		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Manifestations of anxiety	6.97	4.50	3.54	3.25	0.00

## Sequential analyses

Adjusted residuals (z-scores) for the father's and mother's behaviors before and after the child's manifestations of anxiety were calculated for ANX and NANX groups. Results are shown in Tables 5 and 6.

### *Parental behaviors → Child's manifestations of anxiety*

The analysis suggests that fathers of non-anxious children were more likely than expected by chance to behave in an overinvolved manner before the child's manifestations of anxiety,  $ADJR_{(Overinvol\rightarrow Anxiety)} = 6.90, p < .01$ . On the other hand, fathers from the ANX group were prone to regulate the child's behavior ( $ADJR_{(Behavior\ Reg\rightarrow Anxiety)} = 3.17, p < .01$ ), to display anxiety ( $ADJR_{(Anx\rightarrow Anxiety)} = 2.52, p < .01$ ) and to be withdrawn in the interaction ( $ADJR_{(Withdrawal\rightarrow Anxiety)} = 4.27, p < .01$ ) before the child started to manifest anxiety. Fathers from both groups were more likely than expected by chance to display negativity [ANX  $ADJR_{(Negativity\rightarrow Anxiety)} = 3.22, p > .01$  and NANX  $ADJR_{(Negativity\rightarrow Anxiety)} = 1.42, p < .05$ ], to reassure [ANX  $ADJR_{(Reassurance\rightarrow Anxiety)} = 2.94, p < .01$ , and NANX  $ADJR_{(Reassurance\rightarrow Anxiety)} = 4.58, p < .01$ ] and encouragement of bravery [ANX  $ADJR_{(Encouragement\rightarrow Anxiety)} = 8.06, p < .01$ , and NANX  $ADJR_{(Encouragement\rightarrow Anxiety)} = 3.73, p < .01$ ], before the child manifest anxiety.

Concerning the maternal behaviors that preceded the child's manifestations of anxiety, mothers of anxious children were significantly more likely than expected by chance to be overinvolved,  $ADJR_{(Overinvol\rightarrow Anxiety)} = 2.08, p < .05$ , but not mothers of non-anxious children,  $U=32, p = .001$ . Furthermore, mothers of anxious children displayed withdrawal in the interaction ( $ADJR_{(Withdrawal\rightarrow Anxiety)} = -4.89, p < .01$ ), whereas mothers

from the NANX group ( $ADJR_{(Demandingness \rightarrow Anxiety)} = 3.32, p < .01$ ) showed demandingness before the child manifest anxiety. Mothers from both groups were prone to exhibit anxiety [ $ADJR_{(Anx \rightarrow Anxiety)} = 2.31, p < .01$ , and  $ADJR_{(Anx \rightarrow Anxiety)} = 5.81, p < .01$ , respectively], negativity [ $ADJR_{(Negativity \rightarrow Anxiety)} = 4.16, p < .01$  and [ $ADJR_{(Negativity \rightarrow Anxiety)} = 1.42$ , and  $p < .05$ , respectively], reassurance [ $ADJR_{(Reassurance \rightarrow Anxiety)} = 3.03, p < .01$  and  $ADJR_{(Reassurance \rightarrow Anxiety)} = 2.84, p < .01$ ] and to encouragement of bravery [ $ADJR_{(Encouragement \rightarrow Anxiety)} = 5.42, p < .01$ , and  $ADJR_{(Help Exp \rightarrow Anxiety)} = 7.12, p < .01$ ], before the child's manifestations of anxiety.

In sum, immediately before the child manifest anxiety, fathers of anxious children tended to regulate their children's behavior, to evidence anxiety and to be withdrawn during the interaction with the child. Mothers of anxious children were overinvolved in the task before the child's anxiety. Fathers from non-anxious children were overinvolved, whereas mothers were demanding before their children manifest anxiety. Despite group membership, mothers were likely to be anxious right before the child's manifest anxiety. All parents engaged in negativity, reassurance and encouragement of bravery prior to the child's manifestations of anxiety.

**Table 5** Adjusted residuals for fathers and mothers transactional behaviors that occurred before the child's anxiety in ANX and NANX groups

	Fathers		Mothers	
	ANX	NANX	ANX	NANX
Overinvolvement → Child's manifestations of anxiety	0.46	6.90**	2.08*	1.49
Behavior regulation → Child's manifestations of anxiety	3.17**	-0.90	1.40	-1.36
Parental anxiety → Child's manifestations of anxiety	2.52**	-0.30	2.31*	5.81**
Negativity → Child's manifestations of anxiety	3.22**	2.09*	4.16**	1.96*
Reassurance → Child's manifestations of anxiety	2.94**	4.58**	3.03**	2.84**
Demandingness → Child's manifestations of anxiety	-0.18	1.43	-3.82	3.32**
Withdrawal → Child's manifestations of anxiety	4.27**	0.08	-4.89**	-2.26
Encouragement of bravery → Child's manifestations of anxiety	8.06**	3.73**	5.42**	7.12**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

### ***Child's manifestations of anxiety → Parents' behaviors***

Following the child's manifestations of anxiety, fathers of anxious children were more likely to show negativity [ $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Anx)} = 2.31, p < .05$ ], withdrawal [ $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Withdrawal)} = 4.75, p < .01$ ] and less anxiety, than expected by chance,  $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Anx)} = 5.81, p < .01$ . Fathers of non-anxious children were likely to regulate the child's behavior [ $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Behavior\ Reg)} = 6.32, p < .01$ ], reassure [ $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Reassurance)} = 2.20, p < .01$ ] and encouragement of bravery ( $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Encouragement)} = 2.20, p < .01$ ) after children manifested anxiety. Fathers from both groups were likely to be demanding [ $(ADJR_{(Anxiety \rightarrow Demandingness)} = 3.74, p < .01$  and  $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Demandingness)} = 2.93, p < .01$ , respectively] after the child's manifestation of anxiety.

Concerning maternal behaviors, mothers of anxious children responded to their child's anxiety with less overinvolvement,  $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Overinvol)} = -4.29, p < .01$ , but with negativity ( $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Negativity)} = 1.32, p < .01$ ) and anxiety,  $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Anx)} = 5.81, p < .01$ . Mothers of non-anxious children tended to show overinvolvement [ $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Overinvol)} = 2.20, p < .05$ ], reassurance ( $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Reassurance)} = 4.48, p < .01$ ), and withdrawal [ $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Withdrawal)} = 3.73, p < .01$ ], but also to encourage bravery [ $ADJR_{(Anxiety \rightarrow Encouragement)} = 2.20, p < .01$ ] after children manifest anxiety then expected by chance.

Mothers from both groups increased behavior regulation [ $ANX\ ADJR_{(Anxiety \rightarrow Behavior\ Reg)} = 6.07, p < .01$  and  $NANX\ ADJR_{(Anxiety \rightarrow Behavior\ Reg)} = 3.71, p < .01$ ] and demanded less from their children [ $ANX\ (ADJR_{(Anxiety \rightarrow Demandingness)} = -3.91, p < .01)$  and  $NANX\ (ADJR_{(Anxiety \rightarrow Demandingness)} = -3.12, p < .01)$ ] just after children's manifest anxiety.



In summary, mothers of anxious children responded to their child's manifest anxiety with less overinvolvement but with higher behavior regulation and anxiety, whereas fathers withdrawn less during those moments. Both parents increased their negativity after the child manifested anxiety. Mothers of non-anxious children were prone to both withdrawn and overinvolved behaviors after the child's manifestations of anxiety, whereas fathers regulated children's behavior and encouraged their bravery. Both mothers and fathers from the NANX group tended to respond with reassurance and encouraged child's bravery immediately after the child's displayed anxiety. Regardless of group membership, mothers were less demanding than fathers immediately after the child's manifestations of anxiety.

### ***Differences in transactions between groups***

Firstly, fathers' and mothers' behaviors that elicited children's manifestations of anxiety were compared between groups. Results indicate that anxious children (Mean rank = 18) were less likely to respond with anxiety to the father's overinvolvement than the non-anxious children (Mean rank = 29.5;  $U = 132.5$ ,  $W = 432.5$ ,  $p < .05$ ). Although there was a high probability of children from both groups to manifest anxiety after maternal anxious behaviors, the anxious children (Mean rank = 7.45) were less likely than non-anxious children (Mean rank = 12.7) to do so ( $U = 16$ ,  $W = 82$ ,  $p < 0.05$ ). Following the child's manifestations of anxiety, mothers of anxious children (Mean rank = 11.7) were more likely to respond with anxious behaviors compared to mothers of non-anxious children (Mean rank = 6;  $U = 14$ ,  $W = 42$ ,  $p \leq .01$ ).

**Table 6** Adjusted residuals for fathers' and mothers' transactional behaviors occurring after the child's manifestations of anxiety, in ANX and NANX groups

	Fathers		Mothers	
	ANX	NANX	ANX	NANX
Child's manifestations of anxiety → Overinvolvement	1.24	-.08	-4.29**	2.20*
Child's manifestations if anxiety → Behavior Regulation	-0.88	6.32**	6.07**	3.71**
Child's manifestations of anxiety → Parental anxiety	-4.23**	-0.29	8.88**	-1.62
Child's manifestations of anxiety → Negativity	2.31*	-0.47	1.32**	-0.46
Child's manifestations of anxiety → Reassurance	0.70	2.20*	-0.25	4.78**
Child's manifestations of anxiety → Demandingness	3.74**	2.93**	-3.91**	-3.12**
Child's manifestations of anxiety → Withdrawal	4.75**	1.20	1.11	3.72**
Child's manifestations of anxiety → Encouragement of bravery	0.70	2.02*	-0.25	4.78**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Secondly, fathers and mothers were compared within each group. Results revealed that mothers (Mean rank = 31.1) of anxious children were significantly more likely to be overinvolved than fathers (Mean rank = 18.4;  $U = 22.5$ ,  $W = 232.5$ ,  $p < .001$ ) before children started to manifest anxiety. Mothers (Mean rank = 6.3) were also less prone to withdrawal, as compared to fathers (Mean rank = 11.4;  $U = 14.5$ ,  $W = 50.5$ ,  $p < .05$ ),

immediately before the child's anxiety. Following the child's distress, mothers of anxious children were more likely (Mean rank = 7.83) than fathers (Mean rank = 4.5) to exhibit anxiety ( $U = 3.5$ ,  $W = 31.5$ ,  $p < .05$ ).

Parental gender differences were also found in the demandingness levels of the NANX group. Fathers (Mean rank = 14.7) were more likely than mothers (Mean rank = 7) to be demanding after the child's manifestations of anxiety ( $U = 12$ ,  $W = 50.5$ ,  $p < .01$ ).

## DISCUSSION

The current study examined parental behaviors exhibited by fathers and mothers of anxious and non-anxious children during two mild anxiety-provoking tasks. Specifically, we verified which parental behaviors were more frequent in both groups. Then, we analyzed parental behaviors that were more probable to precede and follow the child's anxiety. At last, we compared these transactional responses between fathers-child and mothers-child between and within each group.

### *Parental and children behaviors' frequencies*

Results evidenced significant differences in the frequency of parental behaviors between the two groups of anxious and non-anxious children during the interactions. Both fathers and mothers of anxious children were more frequently overinvolved, anxious and withdrawn than parents of non-anxious children. These results are in line

with previous studies. Interactional patterns between parents and anxious children are frequently characterized by high levels of overcontrol (for reviews, see McLeod et al., 2007; van der Bruggen et al., 2008) and by parental anxiety (for a review, see Cartwright-Hatton et al., 2006). Although literature has dedicated lack attention to the role of parental withdrawal in childhood anxiety, it is possible that parents exhibit either excessively or scarcely controlling (withdrawn) behaviors during interactions with their anxious children. Confronted to novel situations, children might expect some help and specific guidance from their parents, especially during structured tasks. Parent withdrawal and disinvestment might cause some discomfort and increase the need for support.

Findings also revealed that mothers of anxious children were more demanding than mothers of non-anxious children. Demanding behaviors include the verbalizations of strict and high standards for the child's performance and reflect a particular form of exerting control over the child (McCabe et al., 1999). Thus, children might feel pressured to correspond to their mother's expectations and thus fear to fail in performance situations (e.g., Steinberg et al., 1992). The role of maternal demandingness on children's anxiety should be further clarified in future research.

### *Sequential analyses*

Looking beyond global dimensions, results from sequential transactions that occurred along "real time" revealed that children responded with anxiety to some parental behaviors.

Results revealed that anxious and non-anxious children responded with anxiety to different parental behaviors. Anxious children were likely to respond with distress when their mothers were overinvolved (and less withdrawal) and when their fathers were anxious, withdrawn and regulated their behavior. This seems to configure a specific interactional risk pattern for children's anxiety in this group of anxious children. Anxious children tended to react not only to parental controlling behaviors (i.e. overinvolvement and behavior regulation) which might indicate that parents exert control in anticipation of their child's distress (Rapee, 2001), but also to paternal withdrawal that might elicit a sense of helplessness in children, leaving them without assistance in situations that they probably perceived as stressful. Plus, father's anxiety might also have been mirrored by children through observational learning mechanisms (Fisak & Grills-Tachequel, 2007; Möller et al., 2014). Curiously, whereas maternal anxiety appeared to elicit distress in children from both groups indistinctively, only anxious children were affected by their father's anxiety. According to evolutionary models, father's role includes the stimulation of independence and coping with the external world, outside the family environment (see Bögels & Perotti, 2011; Möller et al., 2013). Accordingly, we can hypothesize that father's express anxiety less frequently. When fathers clearly feel anxious, this might increase the impact on child's emotional state when they are observed by children. Although the role of father's anxiety expressions on children's anxiety has been scarcely explored, a previous study revealed some similarities with our results but only for high socially anxious children. Confronted with ambiguous scripts of social situations, these children were more influenced by the father's signals than by those manifested by mothers (Bögels et al., 2011). Results have also shown that parental behaviors such as negativity,

reassurance and encouraging children's bravery, were likely to elicit anxiety from children, independently of their group membership. As such, these parental behaviors are not discriminative for anxiety problems. Furthermore, some parental behaviors might cause discomfort to children in the short-term, nevertheless, they represent positive or adaptive ways to support children during difficult situations (e.g., encouragement of bravery) that might be a long-term protective factor for anxiety problems.

Afterwards, we analyzed which parental behaviors were prone to occur immediately after child's anxiety. Findings also showed that parents of anxious and non-anxious children tend to react to their children's distress in distinct ways. Mothers of anxious children were most likely to be anxious themselves and fathers were prone to respond with withdrawal to anxiety. Therefore, both mothers and fathers of anxious children were likely to behave with negativity after the child's manifestation of distress. Thus, parental negativity, maternal anxiety and paternal withdrawal might thus represent an important maintenance factor in the aversive-anxiety cycle (e.g., Williams et al., 2012).

Finally, findings suggest that, regardless of group membership, mothers were less demanding and more prone to regulate the child's behavior. This may signal a general parental gender difference in dealing with the child's distress. After their children manifested anxiety, fathers kept on demanding and encouraging performance, whereas mothers tended to show protection and control over the child's behavior.

In sum, maternal and paternal controlling behaviors, parent's anxiety and paternal withdraw are likely to elicit anxiety from anxious children. When children manifested clear distress signs, both parents tended to respond with negativity and mothers with

anxiety, which might reinforce children's distress, thus contributing to the maintenance of the problem. Lastly, it must be highlighted that the same parental behaviors might have positive or negative effects on the child, depending on the critical moments of the interaction and on the child's responses. In this process, fathers and mothers play different but somewhat complementary roles in the management of children's distress. Further studies should explore parent's gender differences in the development and maintenance of children's anxiety and the active role of anxious children during interactions with others.

This study has several limitations. Firstly, one of the interactions was videotaped during a single three minute period, in a controlled setting. Thus, representativeness and generalization of our results to other contexts may be limited. Secondly, parental psychopathology, and anxiety diagnosis in particular, were not controlled. Thirdly, our small sample of 30 dyads per condition limited the power to compute further analysis, such as comparisons by children's gender or by age groups, and the usage of more stringent and sophisticated statistical analysis. Fourthly, the exclusion of children living with one parent was necessary for the study design but limited the generalization of results to families with other characteristics. Fifthly, anxious children were recruited from a community sample, which may have limited the generalization of results to children from clinical settings. Sixthly, although maintaining the focus on child anxiety, our study used a single behavioral code for children which limited the potential information that could have been provided about anxious children's behaviors in anxiety producing settings. Therefore, it is not known how parents respond to child positive-valenced behaviors. Future research should include more behaviors, contributing to a more comprehensive examination of the contingencies that are

associated other behaviors exhibited by the children. At last, the presence of both parents in the room during the task might have added a certain level of uncertainty or confounding, even if the order was alternated during the tasks, but it becomes difficult then to determine the unique contributions of each of the parents.

Notwithstanding, important implications may be considered. Observational studies on anxiety disorders in children have relied mainly on behavioral frequencies or global dimensional scores to characterize parent-child interactions. Our findings contribute to fill that gap and expand our knowledge about how parents and anxious children interact and respond to each other in a complementary and interactional way. Examining contingent child-parent behaviors represents a useful tool to design comprehensive and functional analysis of anxiogenic situations that occur in daily family lives. Our findings suggest that clinicians should explore how controlling, anxious and withdrawn parental behaviors are eliciting children's distress in everyday situations, through observations in clinical and/or in real-life settings. Furthermore, evaluations should analyze if parents cope with children's distress with negativity and if parents tend to be intrusive or disengaged ways when children face stressful situations. Psychoeducation with parents might also include an explanation on how their behaviors elicit, exacerbate and maintain children's negative affect (Becker & Ginsburg, 2011) and identify more adaptive responses and coping strategies, such as expressing positive statements, empathy and support or helping the child to cope with difficulties in an independent but supported way. Complementarily, parental self-regulation strategies and attributions related to children's anxiety/distress should be explored and adjusted in order to modify dysfunctional interactional cycles. Lastly, our findings suggest that both fathers and mothers should be included in children's anxiety



treatment and prevention efforts. Including both parents and promoting strategies differentially adapted to fathers and mothers may be an important asset in these interventions.

## REFERENCES

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Albano, A., & Silverman, W. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Child version. Clinician Manual*. Graywind, Oxford.
- Bakeman R. (2004). Sequential analysis. In: Lewis-Beck M, Bryman AE, Liao TF (Ed.). *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods* (pp. 1024–1026). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Bakeman, R., & Quera, V. (2011). *Sequential Analysis and Observational Methods for the Behavioral Sciences*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bakeman R, Quera V, Gnisci A. (2009). Observer agreement for timed-event sequential data: A comparison of time-based and event-based algorithms. *Behavior Research Methods*, 41, 137–147.
- Barros, M. L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 295-306.
- Becker, K. D., & Ginsburg, G. S. (2011). Maternal anxiety, behaviors, and expectations during behavioral tasks: Relation to children's self-appraisals. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 320-333.
- Bögels S. M., & Perotti E. C. (2011). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety (2011). *Journal of Child and Family Studies*, 20, 171–181.
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2008). The role of the father in the development, prevention and treatment of childhood anxiety disorders: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28, 539–558
- Bögels, S. M., Stevens, J., & Majdandžić M. (2011): Parenting and social anxiety: fathers? versus mothers? Influence on their children's anxiety in ambiguous social situations *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(5), 599-606.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817–833.
- Chorney, J. M., Garcia, A. M., Berlin, K. S., Bakeman, R., & Kain, Z. N. (2010). Time-window sequential analysis: An introduction for pediatric psychologists. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(10), 1061-70.
- Chorpita, B.E, Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29, 457-476.
- Cobham, V. E. (1998). The case for involving the family in the treatment of childhood anxiety. *Behaviour Change*, 15, 203–212.
- Creswell, C., Murray, L., Stacey, J. & Cooper, P. (2011). Parenting and child anxiety. In: Silverman, W. K. & Field, A. P. (Eds.) *Anxiety disorders in children and adolescents* (2<sup>nd</sup>

- ed.). Cambridge child and adolescent psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge.
- Dadds, M. R., Spence, S., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- de Wilde A., & Rapee R. (2008). Do controlling maternal behaviours increase state anxiety in children's responses to a social threat? A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 526-537.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J. & Serketich, W. J. (1995). Balance of power: A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 104-113.
- Fisak, B. & Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk Factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 213-231.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. G. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Gar, N. S., & Hudson, J. L. (2008). An examination of the interactions between mothers and children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1266-1274.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., & Ialongo, N. (2005) Parenting Behaviors Among anxious and non-anxious mothers: Relation with concurrent and long-term child outcomes. *Child & Family Behavior Therapy*, 26 (4), 23-41
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 143-154.
- Gottman, J. M., Katz, L. F, Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.
- Gottman, J. M., Markman, H., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A study of verbal and non-verbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 39, 461-477.
- Hall, S. & Oliver, C. (1997). A graphical method to aid the sequential analysis of observational data. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 29, 563-573.
- Hudson, J. L., Comer, J. S., & Rapee, R. (2008). Parental responses to positive and negative emotions in anxious and nonanxious children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 303-313.
- Hudson, J. L., Doyle, A. M., & Gar, N. (2009). Child and maternal influence on parenting behavior in clinically anxious children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 256-262.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-Child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behavior Research and Therapy*, 39(12), 1411-1427.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 548-555.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: an etiological model. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS, editors. *Generalised anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 51-76). New York: Guilford Publishers.

- Hummel, R. M., & Gross, A. M. (2001). Socially anxious children: An observational study of parent-child interaction. *Child & Family Behavior Therapy*, 23, 19-41.
- Kaitz, M., & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and infants: An integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, 26, 570-597.
- Keller M. B., Lavori P. W., Wounder J., Beardslee, W. R., Schwartz, L. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595-599.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., et al (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 737-745.
- Lazarus, R. S., Dodd, H. F., Majdandžić, M., de Vente, W., Morris, T., Byrow, Y., Bögels, S. M., & Hudson, J. L. (2016). The relationship between challenging parenting behaviour and childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 190, 784-791.
- Lindhout, I. E., Markus, M. T., Borst, S. R., Hoogendijk, T. H. G., Dingemans, P. M. A. J., & Boer, F. (2009). Childrearing style in families of anxiety-disordered children: Between-family and within family differences. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 197-212.
- Manassis, K., & Bradley S. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Towards an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.
- McCabe, K. M., Clark, R., & Barnett, D. (1999). Family protective factors among urban African American youth. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 137-150.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 986-1003.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Avny, S. B. (2011). Parenting and Child Anxiety Disorders. In: McKay D, Storch EA, editors. *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders* (pp. 213-228). New York: Springer.
- Möller, E. L., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2015). Parental Anxiety, Parenting Behavior, and Infant Anxiety: Differential Associations for Fathers and Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 2626-2637.
- Möller, E. L., Majdandžić, M., Vriends, N., & Bögels, S. M. (2014). Social Referencing and Child Anxiety: The Evolutionary Based Role of Fathers' Versus Mothers' Signals. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 1268-1277.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E. & Sack, C., (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 45-52.

- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. (2009). Anxiety disorders in childhood. *Psychological Medicine*, 39, 1413-1423.
- Murray, L., de Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, L., Royal-Lawson, M., et al. (2008). Intergenerational transmission of maternal social anxiety: The role of the social referencing process. *Child Development*, 79, 1049-1064.
- Murray, L., Lau, P. Y., Arteche, A., Creswell, C., Russ, S., Della Zoppa, L., Muggeo, M., Stein, A. & Cooper, P. (2012) Parenting by anxious mothers: effects of disorder subtype, context and child characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (2), 188-196.
- Nicol-Harper R., Harvey A. G., & Stein A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior & Development*, 30, 161-167.
- Pereira, A. I. F., Barros, L., & Beato, A. (2013). Escala de avaliação da ansiedade e superprotecção parentais: estudo psicométrico numa amostra de pais e mães de crianças em idade escolar [Parental anxiety and overprotection scale: A psychometric study with a sample of parents of school age-children]. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico Y Evaluación*, 35, 35-55.
- Pereira, A. I. F., Barros, L., Mendonça, D., & Muris, P. (2014). The Relationships Among Parental Anxiety, Parenting, and Children's Anxiety: The Mediating Effects of Children's Cognitive Vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies*, doi: 10.1007/s10826-013-9767-5.
- Rapee, R. M. (2001). Generalised Anxiety Disorder. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York: Oxford University Press.
- Child Psychopathology, Second Edition New York: Oxford University Press.
- Rubin, K. H., Cheah, C. S. L., & Fox, N. (2001). Emotion regulation, parenting and display of social reticence in preschoolers. *Early Education & Development*, 12, 97-115. doi.org/10.1207/s15566935eed1201\_6.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237.
- Silk, J. S., Sheeber, L., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Forbes, E. E., McMakin, D. L., Dahl, R. E., Siegle, G. J., Kendall, P. C., Mannarino, A., & Ryan, N. D. (2013). "You can do it!": The role of parental encouragement to approach fears in child anxiety treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5):439-446.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety disorders interview schedule for children*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Jaccard, J., & Pina, A. A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: An Initial Examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 474-485.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-Retest Reliability of Anxiety Symptoms and Diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (8), 937-944.

- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, 63, 1266-1281.
- Turner S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 541-554.
- van Brakel, A. M. L., Muris, P., Bögels, S. M., & Thomassen, C. (2006). A multifactorial model for the etiology of anxiety in nonclinical adolescents: Main and interactive effects of behavioural inhibition, attachment, and parental rearing. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 569-579.
- van der Bruggen, C. O., Stams, G. J. J., & Bögels, S. M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- Whaley, S. E., Pinto A, & Sigman, M. (1996). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- Williams, S. R., Kertz, S. J., Schrock, M. D., & Woodruff-Borden, J. (2012). A sequential analysis of parent-child interactions in anxious and nonanxious families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(1), 64-74.
- Wood, J., McLeod, B. D., Sigman M., & Chu, B. C. (2003). Parenting and child anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151.
- Yoder, P., & Symons, F. (2010). *Observational measurement of behavior*. New York: Springer.
- Yoder, P. & Tapp, J. (2003). Empirical guidance for time-window sequential analysis of single cases. *Journal of Behavioral Education*, 13, 227-246.

## 5

**PARENTING STRATEGIES TO DEAL WITH CHILDREN'S ANXIETY: DO PARENTS DO WHAT THEY SAY THEY DO?<sup>16</sup>**

---

<sup>16</sup> Beato, A., Pereira, A. I., & Barros, L. (no prelo). Parenting strategies to deal with children's anxiety: Do parents do what they say they do? *Child Psychiatry and Human Development*.

*Era uma vez um caracol, que todos os dias saía do seu esconderijo e punha os corninhos ao sol. Este caracol não era um caracol qualquer, ele conseguia ver o que outros não queriam ver. (...) Certo dia, viu um caracol seu amigo, morrer. Ninguém sabia bem o que era “morrer”, mas nunca mais ninguém via os tais amigos caracóis que “morriam”.*

*Uns diziam que ia para o céu, outros diziam que ia para outra terra, para junto de outros caracóis que eram anjos., para junto do Deus dos caracóis. O caracol começou a ter medo. Até aí, nunca soube o que era o medo, e mais nenhum caracol o percebia! “Vem para o sol, primo caracol”, diziam os outros, mas ele tinha medo, muito medo.*

*Medo das árvores porque podiam cair, medo das folhas que podiam esconder um buraco no chão, medo dos outros animais ou dos humanos que eram muito grandes, medo do escuro e até medo do sol!*

*O caracol passava o dia escondido com medo de algo desconhecido, com medo de tudo à sua volta, porque nada era certo, tudo poderia correr mal, e ele podia “morrer”. O seu coraçãozinho batia muito forte, parecia que ia saltar para fora do peito por causa daquele medo que ele sentia em todos os momentos.*

*Os outros caracóis vieram dizer que ele estava doente, e que isso não era vida de caracol. Mas o caracol acreditava que qualquer coisa lhe ia acontecer. O medo crescia e crescia dentro dele, mas ninguém conseguia perceber. Até que um dia o caracol ficou paralisado, o medo já não o deixava mexer-se. Sem se conseguir mexer ou fazer fosse o que fosse, nem os pequenos corninhos conseguia mover para que sentisse o sol a aquecer.*

*Os outros caracóis iam para o sol, de folha em folha, casavam, tinham bebés caracóis, iam à escola, e um dia desapareciam. Mas o nosso caracol também estava a morrer, só que no mesmo lugar, em vez de viver a vida de caracol que era suposto viver.*

*Até que um dia, pelo meio de um raio de sol, viu algo a fazer sombra, a vir em direcção a si, uma coisa enorme, talvez um pé humano, talvez outra coisa grande e que parecia pesada, que vinha de cima, e só a poucos centímetros de distância é que o caracol deixou que o medo se transformasse em coragem e arrastou-se a correr, a correr como corre um caracol...muito devagar.*

*Desde esse dia o caracol teve todos os dias medo. Era mais vivido do que os outros caracóis que simplesmente viviam. Ele vivia e sentia o medo, percebia-o, deixava que o medo se instalasse e, depois, respirava fundo transformava todo esse medo em coragem, e fazia o que um caracol tinha de fazer: viver cada dia, correndo as folhas, ouvindo os rios, aquecendo ao sol.*

[O Caracol Medroso, Patrícia Araújo]



## Parenting strategies to deal with children's anxiety:

### Do parents do what they say they do?

#### Abstract

Parents' perceptions about their strategies to deal with children's anxiety have been minimally explored. Based on a mixed-method approach, the current study compared the strategies that parents said they use more frequently to deal with their child's anxious behaviors and the strategies they actually used during two mildly anxiogenic interactions with their child. Forty-two parents of children with anxiety disorders, aged 9 to 12 years, participated in the study. Semi-structured interviews were administered to identify parental perceptions about their strategies to deal with their children's anxiety. Subsequently dyadic interactions were observed and coded by two independent coders. We found discrepancies related to four strategies. Significantly more parents used strategies based on overinvolvement and anxious behavior during the interactions than they reported in the interviews. In contrast, reassurance and reinforcement of avoidance/dependence were used in interactions by fewer parents than would be expected, according to the interviews. Relevant implications for assessment and intervention with families of anxious children are suggested.

**Keywords:** Children anxiety, parental strategies, multimethod, discrepancies

## INTRODUCTION

It has been repeatedly demonstrated that anxiety aggregates in families (Schreier, Wittchen, Hofler, & Lieb, 2008). Nevertheless, the mechanisms of intergenerational transmission of anxiety, resulting from the interaction between genetic and environmental factors, remain unclear. Environmental components are considered to explain two-thirds of the variance of anxiety (Gregory & Eley, 2007) and, among them, the role of parenting styles has been particularly highlighted (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner, & Hedtke, 2004). Theoretical models and research have emphasized two broad parenting dimensions – rejection and, especially, overcontrol (e.g., Chorpita, Brown & Barlow, 1998; Ginsburg & Schlossberg, 2002; Rapee, 2001). The association between children’s anxiety and these parenting dimensions was studied using both self-report and observational methodologies (see McLeod, Wood, & Weisz, 2007; van der Bruggen, Stams, & Bögels, 2008). Parental overcontrol has been conceptualized as “a pattern of behavior involving excessive regulation of children's activities and/or routines, high levels of parental vigilance and intrusion, and the discouragement of independent problem-solving” and rejection as “parental hostility, indifference, noninvolvement and criticism” (Verhoeven, Bögels, & van der Bruggen, 2012, p. 332).

Nonetheless, these global and non-anxiety specific parenting style dimensions seem to account for only a reduced proportion of the child’s anxiety (see McLeod et al., 2007). Thus, research has been expanded to further study more detailed mechanisms of intergenerational transmission of anxiety. Contrasting with parenting styles, parenting ‘practices’ or ‘behaviors’ are conceptualized as specific parental

interactions with children in specific situations, and are hypothesized to directly affect children's emotional and behavioral regulation (e.g., Darling & Steinberg, 1993). Research has shown that parents of anxious children tend to give less autonomy (e.g., Silk, Morris, Kanaya, & Steinberg, 2003), model and reinforce avoidant behavior (e.g., Grills-Taquechel; Muris, Steernmen, Merckelbach, & Meesters, 1996), convey more anxiogenic information (e.g., Field, Lawson, & Banerjee, 2008) and are less encouraging of bravery (Silk et al., 2013). Furthermore, parents of anxious children have negative expectations about their children's ability to cope with anxiety, expecting more avoidant behaviors from them (Cobham, Dadds, & Spence, 1999; Kortlander, Kendall, & Panichelli-Mindel, 1997). This may reinforce the child's sense of inefficiency to face difficulties and, as such, promote avoidance and dependence.

Given the bidirectional influence in parent-child relations, anxious children are also prone to elicit negative responses from their parents. Parental behaviors, such as over-control and reinforcement of the child's anxious behavior, are usually intended to reduce or eliminate the child's distress (Rapee, 2001). The adoption of this type of behavior may reflect parents' own distress and anxiety (Creswell, Willetts, Murray, Singhal, & Cooper, 2008), which can be amplified when interacting with an anxious child (Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). In the short term, some of these maladaptive behaviors might seem effective in decreasing the child's distress. However, the repetition and generalization of this interactional dysfunctional cycle may have serious implications such as reinforcing children's anxiety and their perception of lack of control over the environment (Chorpita & Barlow, 1998), decreasing children's sense of competence to cope with stressful situations and increasing withdrawal behavior and anxiety regulation difficulties (Rubin & Burgess, 2001).

In the opposite direction, granting appropriate autonomy and encouraging children to face their difficulties are thought to promote a sense of mastery and control over the environment (Chorpita & Barlow, 1998). Previous research has shown that adaptive parenting behaviors, such as parental support or responsiveness, are positively associated with more adaptive childhood coping strategies, such as problem solving or seeking social support (Herman & McHale 1993; Kliewer, Fearnow, & Miller, 1996; Skinner & Wellborn 1994) and inversely associated with ineffective strategies, such as avoidance (Markstrom, Marshall, & Tryon, 2000; Wills and Cleary 1996). Positive rearing contexts are hypothesized to model and encourage effective strategies, as well as to increase the child's ability to cope with stressors (Sandler, Wolchik, MacKinnon, Ayers, & Roosa, 1997). Several studies showed that children who perceived their parents as critical and intrusive were more likely to use ineffective strategies, such as avoidance or distraction (Bean, Barber, & Crane, 2006; Langrock, Compas, Keller, Merchant, & Copeland, 2002).

Despite the noteworthy advances on the characterization of parenting factors associated with children's anxiety, important questions remain unanswered. Firstly, parental behaviors and strategies used to deal with and manage the child's distress are still greatly unspecified. Understanding how parents react to their child's anxious responses is crucial to promote the child's adjustment (Compas, 1998). Secondly, parental styles described above are usually assessed by independent raters or with questionnaires derived from theoretical models, failing to analyze parents' self-perceptions about their behaviors and strategies in everyday life. In a preliminary exploratory study, Hiebert-Murphy et al. (2011) identified the strategies parents found more effective to deal with their child's anxiety. A range of parenting responses were

mentioned (e.g., encouraging the child to face the situations, verbally comforting the child or reasoning with the child), although parents tended to be reactive and did not report a consistent use of strategies. Characterizing these parental strategies and analyzing the consistency of their use in different contexts represents an important step towards a better comprehension of this topic. Thirdly, several studies identified significant inter-informants discrepancies regarding the evaluation of the child's anxiety, which might be due to various factors, such as the nature of anxiety symptoms (i.e., more or less observable), the setting (i.e., family or extra-family context) or the methods (e.g., Pereira et al., 2015). Similarly, the use of different methods (e.g., self-report vs observed behaviors) and informants (e.g., parent vs independent observer) may also lead to discrepancies regarding the assessment of key parental behaviors in the context of children's anxiety (Drake & Ginsburg, 2011). Parents' lack of awareness about their behavior, a social desirability effect or the parents' own emotional state (e.g., calm vs distressed), seem probable reasons to anticipate such inconsistencies (Foley et al., 2004; Do Los Reys & Kazdin, 2005). Finally, most studies about parenting and children's anxiety focus primarily on mothers, leaving the role of fathers unaccounted for (Bögels & Perotti 2010; Bögels & Phares, 2008).

The current study intended to fulfil these gaps. Our main objectives were: a) to explore which strategies parents report to use more frequently in daily life, when the child is distressed; b) to explore which strategies parents use to deal with children's expressed distress during two moderately anxiety-provoking situations; c) to identify possible discrepancies between self-reported and observed parental strategies.

Given the scarcity of research in this specific domain, no hypotheses can be drawn or tested. However, based on empirical and clinical knowledge, we may anticipate that most parents of anxious children will use strategies based on overinvolvement, reinforcement of anxiety and reinforcement of avoidance/dependence to deal with the child's anxiety. We also expect some discrepancies between the strategies identified by these two distinct methods (interview and observation).

## METHOD

### Participants

The sample consisted of 42 parents ( $n = 23$  were mothers; 54.8%) of 30 anxious children (50% were boys) drawn from a larger study on children's anxiety and parenting. Children ranged from 9 to 12 years old ( $M = 10.10$ ;  $SD = 1.12$ ). Thirteen children had one sibling, 8 had two or more siblings and 9 were the only child in the family. Parents' ages ranged from 31 to 53 ( $M = 41.18$ ,  $SD = 5.01$ ) years old. In terms of parent's educational level, 12 (28.6%) had completed the 9th grade or less, 13 (31%) had finished high school, 11 (26.6%) had a college or university degree and 4 (9.5%) had tertiary education. All were the biological parents, except for one stepfather who lived with the child since she was born, and all were married or living in common-law marriage. The socioeconomic level was relatively well-distributed across families (28.6% low; 45% medium; 21.4% high; 4.8% was impossible to determine). Some children had both their parents participating in the study, while others only had one of them participating. The primary diagnoses of the children included generalized anxiety

disorder ( $n = 12$ ), social phobia ( $n = 8$ ), specific phobia ( $n = 7$ ) and separation anxiety disorder ( $n = 3$ ). Twenty-three children met criteria for more than one anxiety diagnosis, one for a mood disorder and four for externalizing disorders.

## Measures

*Children's anxiety diagnosis.* The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children, Version IV (ADIS-C/P-IV; Silverman & Albano, 1996) was used to determine the diagnostic status of all children based on parents' and children's reports of children's anxiety, mood, and externalizing problems. This structured interview initially probes for the main criteria of a diagnosis, which, when positively supported, is followed by a more detailed assessment of symptoms, level of fear, avoidance, and interference. We used an adapted procedure that allowed for the interviewing of both child and parent at the same time (Khanna & Kendall, 2010), with questions first addressed to the child and afterwards to the parents. Also, intensity of fear and avoidance and interference probe questions were administrated separately to parents and children in order to avoid contamination between informants. A diagnosis was attributed when both parent and child agreed in at least one anxiety disorder with a correspondent significant clinical severity rating ( $\geq 4$ ) (see Silverman & Albano, 1996) or clinical judgment, based on further questioning if there were discrepancies between informants.

### *Parental behavior and strategies*

*Interview.* “Anxious to know” is a semi-structured interview especially constructed for our research project. This interview aims to analyze parent’s cognitions, emotions and behaviors related to their child’s anxiety. The interview comprised 11 groups of questions and was administrated individually. For the current study, we selected and analyzed two specific, clear and open-ended questions addressed to identify parents’ perceptions about their practices and strategies to cope with their child’s anxiety: “How do you normally act when your child is anxious/worried/nervous?” and “Which strategies do you use most frequently or in a more consistent way in these situations?”

*Observations.* Two behavioral tasks were used in our study to analyze parental behavior. Each child participated in four observations (father/mother x speech/black boxes). The order of the tasks and the order of the parents’ participation were previously counterbalanced and randomized. The first task - “Let’s make a speech” – intended to elicit mild levels of social/performance anxiety in the child. Parents and children received the following instructions: “This task requires that you prepare a speech with the help of your parents about the importance of healthy eating (random general topic). Imagine that you were chosen to make an advertisement to be presented to all your schoolmates about this relevant issue. That speech will be filmed. Your mother will be helping you for the first 3 minutes. Then your father will do the same. A clock will show you how much time you have left. After the preparation, you’ll have to deliver the speech by yourself in front of the camera. Notice that you can’t read it from any paper”. Parents were in the room during the speech. The second task



-“Blinded discovery”- was designed to induce anxiety associated to physical threat. Instructions were: “Now you have to discover what is inside these four black boxes. You have to introduce your hand into each box, without opening it or seeing what is inside. To pass this test, you can only fail once. This turn, your father will be the first to help you figure out what is inside boxes 1 and 2. Then, your mother will do the same with boxes 3 and 4. After you finish, I will return into the room and count your successes and errors”. In both tasks parents were instructed to help if, when and how they wished. The experimenter was not present during the task’s completion.

## **Procedure**

The present research was approved by the National Data Protection Commission, the General Administration for Innovation and Curriculum Development from the Portuguese Ministry of Education, and the Ethics Committee of the Faculty of Psychology of the University of Lisbon.

The recruitment of children followed a multi-screening procedure. First, an initial sample of 987 children from 12 public schools completed a screening questionnaire assessing children’s anxiety symptomatology (SCARED-R; Muris, Merckelbach, Schmidt, & Mayer, 1999). A total of 51 families were excluded during this process for several reasons: (a) parents did not authorize the team to contact them in advance ( $n = 31$ ); (b) parents were impossible to contact or unavailable at the moment of data collection ( $n = 18$ ); (c) parents and/or child refused to participate ( $n = 6$ ); and (d) the child lived in an institution ( $n = 1$ ). Afterwards, 67 children and their parents, randomly selected from a subsample of 136 children that scored above the 85th percentile in the total

scale, were invited to the second phase of the study. The ADIS-P/C were first conjointly administrated to the child and the parents and subsequently parents were interviewed individually with “Anxious to know”, as described above. Children who had other main diagnoses ( $n = 5$ ) or sub-clinical symptoms of anxiety ( $n = 4$ ) were excluded from the study. One mother was also excluded because she had not recognized the negative impact of the anxiety disorder on her child’s functioning. After the realization of interviews, families were invited to participate in the observations. A total of 30 children with a main diagnosis of anxiety disorder and both their parents were randomized and recruited to participate in the two tasks. Although all parents ( $n = 60$ ) participated in the observed interactions, the present sample only includes those who had been previously interviewed with Anxious to know ( $n = 42$ ). For that reason, some children had both their parents participating in the study ( $n = 13$ ), while others only had one of their parents participating ( $n = 29$ ). Interviews and observations occurred in the schools or in community sites convenient for the families and were conducted by the first author.

## **Data analysis**

*Qualitative analysis.* The interviews were audio recorded. The qualitative analysis of parents’ verbalizations followed several phases: (1) interviews were transcribed and entered into NVivo10 software for analysis; (2) verbalization excerpts were labeled to identify parents’ recurring strategies and behaviors to deal with the child’s anxiety ; (3) a thematic framework approach was used in order “to classify and organize data according to key themes, concepts and emergent categories” (Ritchie & Lewis, 2003, p.

262); and (4) the synthesized data were organized into final theoretically meaningful categories (see table 1). Then, the final categories were formulated, based on literature about parenting styles (e.g., McLeod et al, 2007) and about specific parental behaviors previously associated with anxiety in childhood (e.g., Ginsburg, Grover, Cord, & Ialongo, 2006; Sluis, Steensel, & Bögels, 2015). A total of 10 parental strategies were identified. All transcriptions were analyzed by two different clinical psychologists experienced in conducting clinical interviews, who had received intensive training and participated in systematic discussions over the codification of interview excerpts. The percentage of the inter-rater agreement between coders was 90%. Kappas from individual categories ranged from .82 to 1.00.

*Observational data.* The observations were video-taped. During the codification process, two independent coders, blind to the child's problems, identified children's verbal and non-verbal manifestations of anxiety. Prior to analysis, we confirmed that every child expressed anxious behavior in observed interactions to guarantee the tasks' ecological validity and that parental strategies were applied in a mild stressful context for the child. No child needed to be excluded. Several procedures were considered for the analysis of observations: (1) codes were identified to describe parents' specific behaviors (e.g., specific suggestions, interruptions, criticism); (2) these detailed codes were organized into larger categories meant to fit the same theoretical framework as the data from the interviews; and (3) two graduate observers coded 20% of randomized videotapes to verify the inter-observer agreement. Prior to codification, feedback was given to the observers during the training process to improve their

accuracy. Training lasted until they reached an acceptable agreement. Inter-observer agreement was computed with Cohen's Kappa coefficients, using program General Sequential Quierier (GSEQ, Version 5.0; Georgia State University, Atlanta, GA, USA). Only the codes that achieved 80% of agreement (corresponding to a minimum kappa of .60; see Yoder & Simons, 2010) were used in the subsequent analysis. The total inter-rater agreement kappa coefficient was .81. Kappas for individual codes ranged from .65 to 1.00.

We started by analyzing which strategies were reported in the interviews and observed during the interactions. The three most frequent strategies were retained for each context. The strategies were then dichotomized according to their presence or absence in each interview and in each observation and entered into the database. 2 (interview/observation) x 2 (presence/absence of the strategy) cross-tabulation tables were drawn to compare the proportion of parents who reported and used each strategy. Afterwards, chi-square tests were performed in order to explore the existence of differences in each reported and observed strategy, according to the child's gender and the parent's gender.

*Table 1.* Description of the parental strategies used to deal with children's anxiety with examples from the interviews and observed behaviors

<i>Parental strategies</i>	<i>Excerpts from interviews</i>	<i>Examples of behaviors</i>
<p><i>1. Overinvolvement</i></p> <p>Behaviors that express overprotection, over-control, psychological control and intrusiveness. Includes invasive/unsolicited emotional and/or practical support and commands or attempts to take over, used by the parents to direct the child's behavior in a verbal or physical way.</p>	<p>"I had to choose her school myself, even though I knew that she disliked that decision" (Mother, 12 year-old girl)</p>	<p>Parents tell the child exactly what she should say during the speech or decide for her what is inside the boxes.</p>
<p><i>2. Reassurance</i></p> <p>Parents try to restore the child's confidence by conveying security messages in an inappropriate or unrealistic way. They satisfy the child's reassurance demands or assure that negative outcomes will not happen.</p>	<p>"He asked me if there was any chance of a tsunami or an earthquake occurring here. I replied: 'Of course not!' But it is not true. It happened once" (Father, 9 year-old boy)</p>	<p>Verbalizations such as "Don't worry. I'm sure there is no animal inside the boxes" or "Calm down! Everything will be fine".</p>
<p><i>3. Reinforcement of avoidance and dependence</i></p> <p>Verbal and non-verbal expressions conveying or reinforcing avoidance or dependency.</p>	<p>"She needs me to stay next to the bus until it goes away. She needs me to keep saying goodbye all the time. If I leave, she will just panic" (Mother, 11 year-old girl)</p>	<p>Expressions such as "You do not have to put your hand in there if you don't want to".</p>
<p><i>4. Anxious behavior</i></p> <p>Verbal and non-verbal expressions and reinforcement of fear, apprehension, worry catastrophizing and anxiety. Includes perfectionistic and high standards statements.</p>	<p>(When the child was insecure about her homework) "I told her that she needed to study harder in order to have a good result in the exam" (Father, 9 year-old girl)</p>	<p>Verbalizations such as "God, we are running out of time", "Check all the boxes again to be sure" or "I hope they like your speech".</p>

5. <i>Helplessness</i>		
Expressions of inability to help and direct the child, of lack of control over the situation; pessimism.	“There are not many things we can do to help her with her fears. I don’t think we can do anything as parents” (Father, 11 year-old girl).	Verbalizations such as “I cannot help you” or “I have no clue about what you must say in the speech”.
6. <i>Passivity</i>		
Withdrawal and inhibition, unresponsiveness to the child’s behavior and communication	“I didn’t do anything regarding those social problems. Those will be over when she grows up” (Mother, 10 year-old girl)	Parents stay physically distant, silent, give minimal responses to the child, or just wait for the child to do something.
7. <i>Negativity</i>		
Criticism, negative or aggressive behaviors and verbalizations, expressions of negative affect, blaming the child, minimizing the child’s feelings.	“I was not able to get him to stop crying. I could not stand it anymore! I had to slap him” (Mother, 9 year-old boy).	Negative expressions such as “you are being too lazy” or “you will never do it!”
8. <i>Approach to task resolution</i>		
Development and planning of strategies organized to solve the task.	“We advised her on possible ways to solve her problems. She was able to get other perspectives on how to cope with them” (Mother, 12 year-old girl)	Parents suggest ideas on how to explore the boxes’ content (“try to see if it’s short or long”) or give suggestions (“Maybe it’s a mouse”)
9. <i>Emotional support</i>		
Verbal or behavioral expressions of empathy and affection, encouraging the child to express his/her emotions and thoughts, using positive reinforcement or praising the child.	“I tell him that it’s all right to be scared. I explain that he isn’t the only one who is scared. I have my own fears but this can’t be an excuse to give up” (Mother, 10 year-old boy).	Parents smile, praise, compliment or show affection towards the child through gestures
10. <i>Encouragement of bravery</i>		
Encouraging bravery and approach to fearful situations. Includes parental modelling or instructions to use approach behaviors.	“I have to tell her: ‘Let’s see the dog closer and play with him. Stay still and wait for him to come over and smell you” (Mother, 12 year-old boy).	Verbalizations such as “Go on to the next box, you are doing fine” and “don’t give up now, you’re almost finishing”

Finally, for each parental strategy, non-parametric tests for repeated samples (McNemar's test) were used to examine the discrepancies between the strategies that parents reported in the interview and the strategies observed during the interactions. We defined the level of significance at  $p < 0.05$ . Analyses were performed using SPSS 22.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

## RESULTS

### *Strategies reported by parents*

Most frequent parental strategies are described in Table 1 with respective examples from interviews and observed behaviors.

Approach to task resolution and encouragement of bravery were the strategies that parents reported using most regularly (Table 2). Approach to task resolution was mentioned by 22 parents and is characterized by several behaviors focused on solving the situation and promoting the child's ability to solve the problem and include: (a) structured and instrumental actions ["I told him that when he is afraid of the dark, he just has to go to the hall and switch the light on"; father, 9 year-old boy]; (b) planning ["I advised her: Today you won't feel any better. I will make a tea for both of us and we will rest. Tomorrow I will wake you up early and you will do a quick revision for the test. I'll help you if you want"; mother, 10 year-old girl]; (c) developing positive expectations ["I explained to her where we were going, what was going to happen during the vaccination and that she would meet that kind nurse from the last time"; mother of a 9 year-old girl]; and (d) information seeking ["We instructed her to ask her

teacher to give some feedback about her actual performance, to give her some guidelines”; father, 9 year-old girl].

Encouragement of bravery, also mentioned by 22 parents, is a strategy that includes actions to encourage or reinforce the child’s exposition to anxiogenic situations. Sometimes the child was encouraged to gradually approach the feared stimuli [“First I used to sleep with him. Then I told him that he was growing up and that he had to stay in his own bed. At that time, he always had a dim light on after we left the room. Nowadays, he doesn’t need the light anymore”; father, 9 year-old boy]. Sometimes, parents encourage the child in a more immersive way [“He wanted to leave the park as soon as he saw the two doggies. I showed him that they were very small and kind. We just went there and I convinced him to get close to them”; mother, 9 year-old boy]. Some parents also reported that they modeled exposure or brave behaviors in order to positively influence their children [“I have encouraged her to go talk to that actor. We got closer to him and then I went and asked him for an autograph. She could not do it, but I tried it myself to show her how to do it”; mother, 11 year-old girl]. A few parents reported using some form of deception to lead the child to approach feared situations. In those cases, the children did not realize they were being exposed [“I told him to keep playing in his grandma’s house. We explained we had to go home because we needed to get up early in the morning but he could stay there playing with his grandma”; father, 9 year-old boy].

The following most reported strategy was reassurance ( $n = 20$ ). Most parents referred to using this strategy alone, without any other complementary strategy [“I kept telling her not to worry. That I was going out but I would return (...) I had to



explain a lot of times that the plane was not going to crash”; father, 10 year-old girl]. This strategy was reported to be used frequently in response to the child’s request for reassurance [e.g., “I had to call my sister. It was the only way to calm down my daughter and reassure her that her aunt was ok”; father, 10 year-old girl].

Eighteen parents mentioned reinforcement of avoidance/dependence. Some parents admitted they feel partially responsible for the lack of available opportunities for the child to face difficult situations [“In fact, I had never encouraged her to spend the night out. She never had that opportunity. I’m sure it would be a big problem for her”].

Emotional support was reported by fifteen parents. Parents mentioned a number of practices conveying empathy, emotional expression, encouragement to talk about his/her feelings. All these behaviors translate into the intention to express warmth, acceptance and understanding about the child’s experience and emotions [“When she is really out of control, I give her a hug and tell her that it’s alright to cry. After a while, I stand by her and ask her to tell me what’s going on”; mother, 10 year-old girl].

Negative strategies were also mentioned by a similar number of parents. Parents tended to justify the use of these strategies with their lack of empathy for the child’s fears and worries or because they considered that the child was overreacting [“I told him: Do you need to fuss about all this?! Please J., you are overdoing it!”; mother, 9 year-old boy]. Some parents explain these behaviors as a consequence of their own feelings of tiredness, impatience and frustration when facing the child’s distress [“It was 10 pm and she kept asking me if she was prepared for the test. I told her that I did

not want to know about it. I scolded her and told her to simply forget about it. I recognize that I was rude”; mother, 9 year-old girl].

Overinvolvement was mentioned by thirteen parents. Many of these behaviors reflect parents’ intention to prevent their child from experiencing any harm, pain, unhappiness, rejection, failure or disappointment. In most cases, these strategies entailed some restrictions to the child’s autonomy, decreasing his/her opportunities to face any difficulties [“I have to dress her and make everything for her before she goes to school. Now, she is starting to do some things by herself but... Honestly, I don’t allow her to be more independent”; mother, 10 year-old girl]. Some parents recognize overinvolvement and intrusive practices as exaggerated or even inadequate and justify their overinvolvement with their own worries and anxiety [“I shouldn’t be so protective and should let her walk to school by herself. But, she is so absent-minded, I am afraid that a car will hit her”; mother, 10 year-old girl].

Seven parents mentioned helplessness reactions, expressing low self-efficacy on handling the child’s distress or their inability to deal with the problem itself [“I say to him, forget about it but after a while I also start crying”; mother, 10 year-old boy].

Five parents mentioned that they engaged in anxious behavior as a response to the child’s anxious behaviors [“I also got nervous with that exam”; father, 10 year-old girl]. Some parents justified the use of this strategy with the child’s vulnerability, whereas others referred to their own empathy with the child’s fears [“I am not a good example for him. I also get scared during storms”; mother, 11 year-old boy].

Only three parents reported using passive strategies (i.e., doing nothing or not reacting to the child’s anxiety), either because they do not recognize the child is

anxious [“I do not realize if he is anxious or not. Most of the time he also does not talk about it”; father, 9 year-old boy], or because they do not perceive the need to manage the child’s distress [“I did nothing. I did not insist with him to come to the beach with us. During last week, I tried to talk about the subject but it was pointless, so I didn’t say anything else”; mother, 10 year-old boy]. Two parents considered the child’s anxiety as a temporary developmental phase and, as a consequence, decided not to act on it [“I did nothing. I think he will learn to deal with his fears. Everyone has fears, right? At his age it is normal not to know how to handle them”].

No differences were found in the frequencies of parents who reported using each of these strategies, in relation to the child’s gender [Overinvolvement:  $\chi^2(1) = 1.00$ ;  $p = .32$  / Reassurance:  $\chi^2(1) = 1.53$ ;  $p = .22$  / Anxious behavior:  $\chi^2(1) = 0.23$ ;  $p = .63$  / Passivity:  $\chi^2(1) = 0.36$ ;  $p = .55$  / Helplessness:  $\chi^2(1) = 0.17$ ;  $p = .68$  / Negativity:  $\chi^2(1) = 0.10$ ;  $p = .75$  / Emotional support:  $\chi^2(1) = 2.59$ ;  $p = .11$  / Approach to task resolution:  $\chi^2(1) = 0.82$ ;  $p = .54$ ] and to the parents gender [Overinvolvement:  $\chi^2(1) = 0.19$ ;  $p = .89$  / Reassurance:  $\chi^2(1) = 0.12$ ;  $p = .73$  / Reinforcement of avoidance/dependence:  $\chi^2(1) = 0.85$ ;  $p = .36$  / Anxious behavior:  $\chi^2(1) = 1.19$ ;  $p = .28$  / Passivity:  $\chi^2(1) = 0.24$ ;  $p = .62$  / Helplessness:  $\chi^2(1) = 2.33$ ;  $p = .13$  / Negativity:  $\chi^2(1) = 0.14$ ;  $p = .71$  / Emotional support:  $\chi^2(1) = 0.47$ ;  $p = .49$  / Approach to task resolution:  $\chi^2(1) = 0.12$ ;  $p = .73$ ]. Chi-square tests could not be computed in two strategies relating to child’s gender because of the low proportion of parents who referred to use them (i.e., reinforcement of avoidance/dependence and encouragement of bravery).

### *Strategies observed in dyadic interactions*

As shown in Table 2, overinvolvement, expressed through intrusive, overprotective and invasive behaviors, was the most frequent strategy observed during the two structured tasks ( $n = 35$ ). Manifestation of anxious behavior was also shown by the majority of parents ( $n = 34$ ). Approach to task resolution was used by thirty-two parents and includes attempts to plan the activity or to give specific suggestions oriented to the problems' resolution. Twenty-five parents helped their child to approach fearful or distressful situations, mostly through verbalizations of encouragement of bravery. Nineteen parents used strategies centered on negativity, resorting to criticism and devaluating the child's feelings. Emotional support was used by eleven parents, mainly with expressions of care and affection towards the child. Ten parents used reassurance to respond to the children's anxiety and to calm them down. Eight parents evidenced passivity (i.e., they did not react to the child's anxious behaviors), while seven manifested helplessness. Finally, only one parent reinforced the child's avoidance/dependence when she gave up trying to complete the task.

Chi-square tests found no significant difference in the proportion of parents that applied the above strategies during parent-child interactions, in relation to the child's gender [Overinvolvement:  $\chi^2 (1) = 0.53$ ;  $p = .47$  / Approach to task resolution:  $\chi^2 (1) = 0.17$ ;  $p = .68$  / Emotional support:  $\chi^2 (1) = 0.12$ ;  $p = .73$  / Encouragement of bravery:  $\chi^2 (1) = 2.47$ ;  $p = .12$ ; Negativity:  $\chi^2 (1) = 0.87$ ;  $p = .35$  / Helplessness:  $\chi^2 (1) = 0.17$ ;  $p = .68$  / Reassurance:  $\chi^2 (1) = 2.10$ ;  $p = .15$  / Anxious behavior:  $\chi^2 (1) = 2.47$ ;  $p = .12$  / Reinforcement of avoidance/dependence:  $\chi^2 (1) = 1.02$ ;  $p = .31$ ] and in relation to the parent's gender [Overinvolvement:  $\chi^2 (1) = 0.19$ ;  $p = .89$  / Approach to task resolution:

$\chi^2 (1) = 0.12; p = .73$  / Emotional support:  $\chi^2 (1) = 0.47; p = .49$  / Encouragement of bravery:  $\chi^2 (1) = 0.19; p = .66$  / Negativity:  $\chi^2 (1) = 0.14; p = .71$  / Helplessness:  $\chi^2 (1) = 2.33; p = .13$  / Passivity:  $\chi^2 (1) = 0.23; p = .63$ ; Reassurance:  $\chi^2 (1) = 0.12; p = .73$  /Anxious behavior:  $\chi^2 (1) = 1.19; p = .28$  / Reinforcement of avoidance/dependence:  $\chi^2 (1) = 0.85; p = .36$ ].

*Table 2.* Frequencies, percentages and differences between parents that report the use of these strategies and parents who applied them in interactions with the child

<i>Parental coping strategies</i>	<i>Reported in interviews</i>		<i>Observed in interactions</i>		<i>p value</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Approach to task resolution	22	52.4	32	76.2	.064
Encouragement of bravery	22	52.4	25	59.6	.678
Reassurance	20	47.6	10	23.8	.031*
Reinforcement of avoidance/dependence	18	42.9	1	2.4	.000**
Emotional support	15	35.7	11	26.2	.523
Negativity	15	35.7	19	45.2	.503
Overinvolvement	13	31.0	35	83.3	.000**
Helplessness	7	16.7	7	16.7	1
Anxious behavior	5	11.9	34	81.0	.000**
Passivity	3	7.1	8	19.0	.227

Note. Paired differences in the agreement between strategies reported and observed was obtained by McNemar's test

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .001$

### *Discrepancies between reported and observed coping strategies*

The results concerning the number of parents who in the interview reported using the strategies and those who applied them during interactions are presented in Table 2. McNemar's tests showed no significant differences between the majority of strategies in these two contexts. However, important exceptions were found. Significantly more parents adopted overinvolvement and anxious behavior during observed interactions than parents who reported their consistent use in everyday situations. In the opposite direction, significantly less parents used reassurance and reinforcement in their interactions than would be expected by their reports.

## DISCUSSION

It has been consistently demonstrated that parents play an important role in the development and maintenance of child anxiety. There is strong evidence for the efficacy of individual cognitive-behavioral therapy (ICBT) in reducing anxiety problems in children (for a review see Silverman & Berman, 2001). Although family-focused interventions combined with ICBT have not proved to increase the treatment's efficacy in a significant way (e.g., Bodden et al., 2008), there is evidence of the advantages of including a family component in the intervention, such as less family disruption, higher parental self-efficacy to deal with the child's behaviors or better parental management of their own anxiety (Cobham, Dadds, & Spence, 1998). The present study intended to contribute to this domain by examining parental strategies both self-reported and observed in interactions between parents (fathers and mothers) and their anxious

child, using a mixed-method approach. In general, findings indicated the existence of similarities and discrepancies between strategies identified by these different methodologies.

Ten major parental strategies to deal with the child's anxiety were identified in our findings. Overall, it is possible to divide these strategies into three main groups. A first group of strategies - overinvolvement, reinforcement of avoidance/dependence and reassurance - reflect parent's maladaptive actions to regulate the child's distress in the short-term, thus contributing to reinforce their child's anxiety in the long term. A second group of strategies - anxious behavior, helplessness, negativity and passivity – reflect parent's emotional reactions to the child's distress (Barros, Goes, & Pereira, 2015). In a third group of strategies, parents engage in adaptive actions directed at regulating the child's anxiety and helping him/her cope with the stressful situation, including emotional support, encouragement of bravery and approach to task resolution. It is hypothesized that the first two types of strategies may be associated with parent's own negative emotions and poor emotional self-regulation.

In line with previous research, we found no differences between both reported and observed strategies, concerning the child's and parent's gender (Barrett, Fox, & Farrell, 2005; Bruggen et al., 2008; Bögels et al., 2008; McLeod et al., 2007). This finding indicates that both mothers and fathers referred to and used similar strategies to deal with their child's anxiety, confirming the equally important influence of the paternal and maternal role in the development and maintenance of childhood anxiety (Bögels & Phares, 2008).

### *Strategies reported by parents*

When parents were asked which strategies they use most regularly and/or consistently, the majority of parents reported adaptive strategies. This may suggest that parents recognize which strategies are more appropriate to help the child cope with negative affect. As was the case in findings reported by Hiebert-Murphy and colleagues (2011) where the majority of parents reported using effective strategies, such as emotional support, which is in accordance to what is recommended and promoted in intervention programs (Ginsburg & Schlossberg, 2002).

However, less positive strategies were also mentioned. Reassurance, for instance, was reported by a considerable number of parents. This strategy is considered a simple and rapid way of calming down the child, although it might contribute to maintain and intensify the child's anxiety over time. Children with generalized anxiety disorder, for example, often seek reassurance from their parents in an attempt to be absolutely sure that everything they are doing is okay or that nothing bad will happen and parents often comply with these demands. However, in the long run, this strategy may reinforce children's anxiety and their dependence on parents, who they perceive as having the necessary skills to regulate their negative emotional states. Other strategies aimed at immediately reducing the child's distress (i.e., reinforcement of avoidance/dependence and overinvolvement) were also mentioned by several parents.

The less reported strategies reflect parent's own emotional dysregulation (helplessness, anxious behavior and passivity). These strategies represent a reactive and less regulated way of facing the child's distress rather than more voluntary and



reflexive strategies. These characteristics may explain that parents are less aware of their usage and as such report them less. However, it is also probable that this result might be associated with the way we prompted parents' descriptions of strategies (i.e., we asked about what they usually do and which strategies they use more frequently). Parents might have mentioned only the more voluntary and planned strategies they use, rather than their more automatic reactions to the child's behavior. This finding can also be linked with social desirability answers, as parents may have difficulty in admitting their lack of intentional strategies or their sense of helplessness when they face their child's distress.

#### *Observed parental strategies*

During the observation of parent-child interactions, the strategies most used by parents were overinvolvement and anxious behavior. This result confirms previous observational studies showing that parents of anxious children behave in an overinvolved and intrusive manner (e.g., Bruggen et al., 2008). Surprisingly, the reinforcement of avoidance/dependency was the least used strategy. In our study, parents were more prone to influence the child through modeling of anxious behavior than through reinforcement of avoidant/dependent responses. This may be associated with the type of tasks used and with the clear instruction forbidding parents to interfere in the speech delivery and in the direct exploration of the black boxes.

Adaptive strategies such as approach to task resolution and encouragement were frequently used, confirming that many parents are able to respond adequately to their child's distress (Hiebert-Murphy et al., 2011). Similarly to what parents reported in the

interviews, passivity and helplessness were less used, suggesting that most parents are able to help their child to cope with anxiety-provoking situations and do not often revert to withdrawal.

#### *Discrepancies and similarities between reported and observed parental strategies*

For most strategies, the percentage was similar in the interviews and the observations, revealing that parents are mostly consistent and aware of their behaviors when their child is anxious. Nevertheless, discrepancies were found concerning four strategies. Overinvolvement and anxious behavior were significantly more used in the interactions than reported by parents. On the contrary, reassurance and reinforcement of avoidance/dependency were not observed as often in the interactions as would be expected from the parents' descriptions. These discrepancies are probably due to various factors. Firstly, parents may be less aware of their use of certain strategies, such as overinvolvement or anxious behavior, as these may be difficult to grasp by the parents or are applied as an automatic reaction to the child's distress. Secondly, the way parents respond to their child's distress usually depends on the context. It is possible that the two tasks observed in this study might not have elicited sufficient levels of intense fear or worries, nor their seeking for reassurance. As many parents mentioned, this strategy is mostly used in response to the child's frequent worries related to their daily life routines (e.g., school, health of relatives, divorce). Reinforcement of avoidance/dependency would probably occur more frequently if the tasks had elicited more intense anxious and avoidant responses in their children or if parents perceived them as more threatening. Lastly, the parents'

emotional state may have influenced the way parents reported and recognized the use of certain strategies. It is plausible that during the interviews, parents do not vividly recall the way they feel in the actual daily situations or simply limit their responses to planned strategies thus not including their emotional reactions. However, during the interactions, parents may have felt anxious both in response to the child's anxious reactions and to their own discomfort (e.g. Adam, Gunnar, & Tanaka, 2004; Turner, Beidel, Roberson-Nay, & Tervo, 2003).

### **Limitations**

There are some important limitations to the current study. We compared strategies used in distinct contexts (real situations vs laboratorial) and in different moments (past situations vs present situations). The small sample size may have limited the power of the discrepancies identified and prevented the application of a more complex statistical analysis. Additionally, parental anxiety status was not assessed, making the interpretation of results difficult. In the future it would be relevant to explore if each of these strategies are used mainly by non-anxious or anxious parents or indistinctively by any parents.

### **Summary and implications**

Despite an overall consistency between self-reported and observed parental strategies, some important discrepancies were found. Particularly, the use of overinvolvement and anxious behavior may indicate that parents are less aware of

their usage or that parents did not identify them as planned strategies. Future studies should analyze the strategies parents use intentionally and their emotional reactions, in order to capture these different aspects of parental behavior (Connor-Smith & Compas, 2004). Parents' distress and their inability to regulate their own anxiety may also have contributed to the adoption of strategies based on overinvolvement and anxious behavior in the observed situations. Despite this result, most parents used adaptive strategies, indicating that parents recognize and apply useful strategies to help children face stressful situations.

The current study has significant strengths and practical implications. Our multi-method (qualitative, observational and quantitative analysis) and multi-informants (fathers/mothers and independent raters) approach increased our understanding of the strategies and behaviors parents use to respond to the child's distress, based on their own perspectives (ecological validity), which might be a useful practice to replicate in research and in clinical settings. Self-monitoring measures to assess parents' emotional reactions and intentional strategies in real contexts may be a useful tool to increase parental self-awareness and modify their use of maladaptive strategies. Lastly, it might be important to further identify parents' difficulties in implementing these strategies in natural contexts and solve those barriers in order to guarantee more effective interventions with anxious children and their families.

## REFERENCES

- Adam, E. K., Gunnar, M. R., & Tanaka, A. (2004). Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: Mediator and moderator models. *Child Development*, 75(1), 110-122.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Barrett, P. M., Fox, T., & Farrell, L. J. (2005). Parent—child interactions with anxious children and with their siblings: An observational study. *Behaviour Change*, 22(04), 220-235.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Threat bias and the FEAR effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 295-306.
- Bean, R. A., Barber, B. K., & Crane, D. R. (2006). Parental support, behavioral control, and psychological control among african american youth the relationships to academic grades, delinquency, and depression. *Journal of Family Issues*, 27(10), 1335-1355.
- Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., et al. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1384-1394.
- Bögels, S. M., Bamelis, L., & van der Bruggen, C. (2008). Parental rearing as a function of parent's own, partner's, and child's anxiety status: fathers make the difference. *Cognition and Emotion*, 22(3), 522-538.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856.
- Bögels, S. M., & Perotti, E. C. (2010). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 171-181.
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28, 539-558.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 170-176.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.

- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29(3), 457-476.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 893-905.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1999). Anxious children and their families: What do they expect? *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 220-231.
- Compas, B. E. (1998). An agenda for coping research and theory: Basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 231-237.
- Connor-Smith, J. K. & Compas, B. E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (3), 347-368.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976-992.
- Creswell, C., Willetts, L., Murray, L., Singhal, M., & Cooper, P. (2008). Treatment of child anxiety: An exploratory study of the role of maternal anxiety and behaviours in treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(1), 38-44.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Do Los Reys, A., & Kazdin, A. Z. (2005). Informant Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2011). Parenting practices of anxious and nonanxious mothers: A multi-method, multi-informant approach. *Child & Family Behavior Therapy*, 33(4), 299-321.
- Field, A. P., Lawson, J., & Banerjee, R. (2008). The verbal threat information pathway to fear in children: The longitudinal effects on fear cognitions and the immediate effects on avoidance behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 214-224.
- Fisak Jr, B., & Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety?. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 213-231.
- Foley, D., Rutter, M., Pickles, A., Angold, A., Maes, H., Silberg, J., et al. (2004). Informant Disagreement for Separation Anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 452-460.

- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., Cord, J. J., & Ialongo, N. (2006). Observational measures of parenting in anxious and nonanxious mothers: Does type of task matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 323-328.
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154.
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive & Behavioral Practice*, 11, 28-43.
- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 199-212.
- Herman, M. A., & McHale, S. M. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14(1), 121-136.
- Hiebert-Murphy, D., Williams, E. A., Mills, R. S., Walker, J. R., Feldgaier, S., Warren, M., et al. (2011). Listening to parents: The challenges of parenting kindergarten-aged children who are anxious. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 384-399.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 737-745.
- Kliewer, W., Fearnow, M. D., & Miller, P. A. (1996). Coping socialization in middle childhood: Tests of maternal and paternal influences. *Child Development*, 67(5), 2339-2357.
- Kortlander, E., Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. M. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 297-315.
- Langrock, A. M., Compas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J., & Copeland, M. E. (2002). Coping with the stress of parental depression: Parents' reports of children's coping, emotional, and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 312-324.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Markstrom, C. A., Marshall, S. K., & Tryon, R. J. (2000). Resiliency, social support, and coping in rural low-income Appalachian adolescents from two racial groups. *Journal of Adolescence*, 23(6), 693-703.
- McKernon, W. L., Holmbeck, G. N., Colder, C. R., Hommeyer, J. S., Shapera, W., & Westhoven, V. (2001). Longitudinal study of observed and perceived family influences on problem-focused coping behaviors of preadolescents with spina bifida. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(1), 41-54.

- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 155-172.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Tierney, S. (1999). Disgust sensitivity, trait anxiety and anxiety disorders symptoms in normal children. *Behaviour Research and Therapy, 37*(10), 953-961.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 265-268.
- Pereira, A. I., Muris, P., Barros, L., Goes, R., Marques, T., & Russo, V. (2015). Agreement and discrepancy between mother and child in the evaluation of children's anxiety symptoms and anxiety life interference. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(3), 327-337.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 17*(1), 47-67.
- Rapee, R. (2001). The development of generalized anxiety. In M. Vasey & M. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). Oxford, England: Oxford University Press.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice. A guide for social scientists*. London: Sage.
- Rubin, K. H., & Burgess, K. B. (2001). Social withdrawal and anxiety. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 407-434). New York: Oxford University Press.
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: Conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin, 118*(3), 328-357.
- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., MacKinnon, D., Ayers, T. S., & Roosa, M. W. (1997). Developing linkages between theory and intervention in stress and coping processes. In *Handbook of children's coping* (pp. 3-40). Springer US.
- Schreier, A., Wittchen, H.-U., Höfler, M., & Lieb, R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: Results from a prospective-longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry, 192*(4), 308-309.
- Silk, J. S., Morris, A. S., Kanaya, T., & Steinberg, L. (2003). Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs?. *Journal of Research on Adolescence, 13*(1), 113-128.
- Silk, J. S., Sheeber, L., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Forbes, E. E., McMakin, D. L., et al. (2013). You can do it!: The role of parental encouragement of bravery in child anxiety treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 439-446.



- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV.: Parent interview schedule* (Vol. 1). Oxford University Press
- Silverman, W. K., & Berman, S. L. (2001). Psychosocial interventions for anxiety disorders in children: Status and future directions. In W. K. Silverman & P. D. A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 313–334). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping, and development. In J. Brandtstädter & R. M. Lerner (Eds.) *Action & self-development: Theory and research through the life span* (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. Featherman, R. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 91- 133). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 541-554.
- van der Bruggen, C. O., Stams, G. J. J., & Bögels, S. M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- van der Sluis, C. M., van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). Parenting clinically anxious versus healthy control children aged 4–12 years. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 1-7.
- Verhoeven, M., Bögels, S. M., & van der Bruggen, C. C. (2012). Unique roles of mothering and fathering in child anxiety: Moderation by child's age and gender. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 331-343.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 67(6), 826-836.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1996). How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 937-952.
- Yoder, P. J., & Symons, F. J. (2010). *Observational measurement of behavior*. New York, NY: Springer.



# 6

ESTUDO IV

## FATHER'S AND MOTHER'S BELIEFS ABOUT CHILDREN'S ANXIETY

“I'm not so interested in how they move as in what moves them.”

[Pina Bausch, coreógrafa]

## Father's and mother's beliefs about children's anxiety

### Abstract

Previous research has focused on parenting styles and parental behaviors associated with children's anxiety. Parental beliefs about their child's anxiety have scarcely been studied, in spite of their probable influence in parents seeking help. The present study intended to fill that gap, by exploring what parents think about their children's anxiety and whether these cognitions are related or not to their use of professional help. In-depth semi-structured interviews were conducted with 48 parents (50% fathers) of children (9-12 years old) with anxiety problems. Theoretical thematic analysis was performed on the derived transcripts. Three dimensions were derived from the analysis, concerning: (a) the causes of child's anxiety, (b) the impact of anxiety in the child's functioning, and (c) the evolution of anxiety. Most parents perceived the child's anxiety as a permanent condition, attributing it to external and parental factors and considering that the anxiety problems have a negative impact on the child's well-being. Plus, parents who had previously sought professional help for the child's emotional problems tended to believe that anxiety could improve with child's or parents' efforts and with professional intervention, contrarily to those who had not. Implications for research and clinical practice are discussed.

### *Keywords:*

Parental beliefs; children's anxiety; parenting; mixed methods; professional help seeking

## INTRODUCTION

Anxiety disorders have typically an early onset (Keller et al., 1992; Orvaschel, Lewinsohn, & Seeley, 1995) and are one of the most common emotional disorders experienced by children and adolescents (Essau & Gabbidon, 2013). Anxiety symptoms are associated with considerable impairment across many contexts of the child's life, such as school, home and social relationships (Essau, Conradt, & Petermann, 2000; Barmish & Kendall, 2005). However, only a minority of children and adolescents gets help from mental health services (Burns, et al., 1995). In fact, anxiety disorders during childhood might continue into adulthood and are associated with negative life course outcomes if left untreated (Last, Hansen, & Franco, 1997; Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998). Consequently, a clear understanding of the mechanisms responsible for anxiety development and maintenance over time is needed in order to promoting effective treatments to those children and adolescents needing intervention.

Family factors are among the most studied mechanisms involved in children's anxiety development and perpetuation over time (Chorpita & Barlow, 1998; Craske, 1999; Vasey & Dadds, 2001). Previous research has established a relation between children's anxiety and various parenting styles and behaviors, such as over-control, negative behaviors and parental modelling of anxious and avoidant behaviors (see Ginsburg & Schlossberg, 2002; McLeod, Wood, & Weisz, 2007; van Bruggen et al., 2008 for reviews).

Despite the emphasis on behavioral and emotional parenting characteristics associated with children's anxiety, the interest in parental cognitive dimensions has

been increasing. Parenting behavior may be explained by parents' beliefs about why their children act or feel in a certain way. Several studies have explored parents' attributions and their associations with various outcomes, such as child discipline (Dix & Lochman, 1990), socialization (Dix & Grusec, 1985), child abuse (Bugental, Blue & Cruzcosa, 1989), self-fulfilling prophecies (Bugental & Shennum, 1984), and parenting satisfaction (Johnston, 1996). However, little is known about parents' causal attributions made by of parents whose children have emotional disorders. Most studies about childhood anxiety focused mainly on parental perceptions and expectations about the child (e.g., Micco & Ehrenreich, 2008), parental perception of control over the child (Wheatcroft & Creswell, 2007) and beliefs about the harmfulness of anxiety (e.g., Francis & Chorpita, 2009).

Studies with parents of anxious children have shown some preliminary evidence that these parents' cognitions differ from those of parents of non-anxious children (e.g., Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Cobham, Dadds, & Spence, 1999; Creswell and O'Connor, 2006; Drake & Kearney, 2008; Kortlander, Kendal, & Panichelli-Mindel, 1997; Moore et al., 2004; Turner, Beidel, Roberson-Nay, & Tervo, 2003; Wheatcroft & Creswell, 2007). In particular, parents of anxious children have specific expectations about their child's anxiety and coping responses. For instance, they anticipate that their children will show poorer coping abilities and be more avoidant, distressed and unable to comfort themselves when facing stressful situations (Kortlander et al., 1997). These parents also hold more beliefs about the harmfulness of the child's anxiety (Francis & Chorpita, 2009) and perceive themselves to have less control over their child's anxious mood and avoidant

behavior (i.e., external parenting locus of control) (Bugental et al., 2002; Wheatcroft & Creswell, 2007).

In sum, literature supports that certain parental cognitive dimensions (i.e., expectations about the child's lack of coping skills, beliefs about the harmfulness of anxiety and low control perceptions over the child's distress) might represent important characteristics of parents of anxious children, contributing to the child's anxiety through the modeling of parents' anxious behavior or through negative parenting practices (e.g. parental overprotection) (Alloy et al., 2001). In spite of these advances, there are gaps and limitations in the literature. On one hand, parental beliefs concerning the causes and the evolution of anxiety and parental perceptions about the impact of children's anxiety have been poorly investigated. From our point of view, this represents a promising research area. Parental beliefs and perceptions ascribe meaning to children's behavior, and as such, are theorized to guide parents' behavioral and affective responses to their children (Bugental & Johnston, 2000; Rudy & Grusec, 2006). On the other hand, with few exceptions (Ollendick, 1979), most studies failed to analyze parents' beliefs and attributions according to parental gender.

Furthermore, in spite of the empirical evidence of cognitive-behavioral therapy effectiveness for children's anxiety problems (e.g., Cartwright-Hatton et al, 2004; James et al., 2013), many parents do not seek professional help. Some predictors have been studied regarding parental recognition of their child's emotional or behavioral problems (e.g., their perception of the problem as non-severe: Angold, Messer, Stangl, Farmer, Costello, & Burns, 1998; Lyneham & Rapee, 2007) and help seeking (e.g., child's age, the amount of distress or burden parents experience in raising their child, the existence of related medical or school problems: for a review, see Zwaanswijk,



Verhaak, Bensing, Ende, & Verhulst, 2005). In a recent exploratory study with parents of anxious children, Alves (2013) explored parents' motives for not seeking professional help and concluded that many did not recognize anxiety as a problem, considered it without significant impact or to be a transient issue. These parents also tended to perceive themselves to have control over the problem. Therefore, it is important to improve our knowledge about the role of parental beliefs about the child's anxiety (e.g., causes, impact, evolution) because they might compromise their decision to seek professional help for their child's anxiety problems in cases where it is needed (e.g., parents who believe that anxiety is caused by external reasons, is transitory and has no significant impact in the child's life, might be less prone to seek professional services).

The present study expanded the existent literature by examining parental beliefs and attributions regarding their child's anxiety and including both caregivers. Based on these assumptions, the current study sought to address four specific questions: To which causes do parents attribute their child's anxiety and what are their beliefs about the evolution of their child's anxiety? How do parents perceive the impact of their child's anxiety? Do mothers and fathers have different beliefs and perceptions about anxiety? Do parents who had sought professional help have different beliefs and perceptions about the child's anxiety, compared to parents who did not?

A qualitative research methodology was used in the initial phase, to explore patterns or themes from parent's verbalizations (for a review, see Braun & Clarke, 2006). Afterwards a quantitative analysis was done to compare fathers and mothers and two groups of parents (parents who had sought professional help and parents who had not) and answer our last research questions.

## METHOD

### Participants

The sample comprised 48 parents of 35 anxious children (9-12 years old) drawn from a larger study. Half of the sample was constituted by fathers. Some children had both their parents participating in the study, while others had only one. Fathers' ranged from 31 to 53 years old ( $M = 41.6$ ;  $SD = 5.09$ ), while mothers were between 32 and 53 years old ( $M = 40.5$ ;  $SD = 5.26$ ). In terms of parents' educational level, 16.7% of the fathers completed the 9th grade or less, 54.2% high school grade or tertiary education, 20.8% finished college, whereas 45% of mothers had the 9th grade or less, 20% finished high school and 35% completed college or tertiary education. All parents were married or lived in common-law, lived with the child and were the child's biological parents. The socioeconomic level was relatively well-distributed across families (25% low status, 47.9% medium status, 22.9% medium high or high). Children included 57.1% of girls and ranged between 9 and 12 years old ( $M = 10$ ;  $SD = 1.02$ ). The principal diagnoses of the anxious children included generalized anxiety disorder ( $n = 13$ ), social phobia ( $n = 9$ ), specific phobia ( $n = 8$ ) and separation anxiety ( $n = 5$ ). Twenty-two children met criteria for more than one anxiety diagnosis, one met criteria for a comorbid mood disorder, and three for a comorbid behavior disorder (oppositional defiant disorder or attention deficit hyperactivity disorder).

## Measures

*Interview “Anxious to know”.* The qualitative interview followed a semi-structured script with open-ended questions specially developed to this study. The interviews were administered individually and were audio recorded, lasting 45 minutes on average. The questions asked to the parents were:

- a) In your opinion, which are the causes of your son/daughter’s anxiety?
- b) When have these symptoms started?
- c) How do you think your child’s anxiety will evolve?
- d) What impact does anxiety have in your son/daughter’s life?
- e) Have you ever sought any professional help for your child’s anxiety problems?

## Procedure

Prior to recruitment and data collection, the project was approved by the National Data Protection Commission, the General Administration for Innovation and Curriculum Development from Portuguese Ministry of Education, and the Ethic Committee of the Faculty of Psychology, University of Lisbon. Informed consent was obtained from all participants

This study is part of a broader research project that focused on parenting and children’s anxiety. The sample was recruited following different phases. First, 55 children from a larger community sample with high scores in a questionnaire measuring children’s anxiety problems (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* – Revised form; Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999), were selected. In a second phase, children and their parents were interviewed to confirm the diagnosis of anxiety (Anxiety Disorders Interview Schedule, Children//Parents

version). To proceed to the next phase, it was required that the child had not only an anxiety disorder as primary diagnosis, but whose parents recognized the negative interference of anxiety in the child's well-being. Finally, the children with a primary diagnoses of anxiety and their parents were invited to participate in a second, semi-structured interview (Anxious to know") to assess parental perspectives on children's anxiety. The current study involved the analyses of these qualitative interviews transcripts. Interviews were conducted in schools or other sites in the families' community. The individual interviews were conducted by the first author, who is a clinical psychologist and has experienced in psychological assessment.

### **Data analysis**

Interviews were transcribed verbatim. Then, the collected data was subject to content analysis. First, familiarizing with the data was accomplished through reading all transcripts to accomplish immersion (Tesch, 1990) and then with more detail to derive codes (Miles & Huberman, 1994). Second, coding and collating the data included attributing codes to all salient ideas. Third, higher (e.g., causes of anxiety) and second level themes (e.g., internal, parental, external, combined, normative factors and unknown causes) were derived from the coded data based on their theoretical and clinical importance. Reviewing and deciding the final themes and sub-themes was a process that included the different coders and their validation by other researchers. The first author and two psychology graduate students independently coded 50% of the transcript respectively. The three coders attained 90% of agreement, corresponding to a high reliability. Ambiguities and disagreements were discussed and adjusted among the coders.

The QSR Nvivo10 (QSR, 2012) software was used to store and organize the qualitative material. Afterwards, themes, sub-themes and sociodemographic data were transformed into nominal variables and entered into a SPSS file. Descriptive statistics were used to obtain the frequencies of parents who have reported each sub-theme. Afterwards, chi-square tests were applied to data in order to verifying if the percentages of fathers and mothers show significant differences in terms of beliefs about causes, evolution and impact of child's anxiety. The same test was used to compare parents who had previously sought professional help with those who had not, in relation to the themes derived from the previous content analysis.

## RESULTS

### ***Causes, evolution, and impact of anxiety***

Three dimensions were analyzed. Each one was divided into more specific subdimensions (see Table 1 for a summary).

#### ***Causes of anxiety***

Most parents attributed their child's anxiety to external causes non-controlled by parents or the child (see excerpts in Table 2). Negative life experiences were the most mentioned. Most of these life experiences represented specific situations that had occurred in the past in different contexts (e.g., school, social interactions with peers, home). Socialization problems, evaluations, teacher's negative comments, bullying, parent's divorce or conflict, losses or separations and traumatic situations (e.g., being attacked by a dog) were among the experiences referred by parents. Several parents

did not mention a particular experience but referred the role of more general negative events. Exposure to certain sources of information was also identified as a potential stressor. One father and one mother referred that children were in contact with anxiety provoking information.

*Table 1.* Proportion of fathers and mothers who referred each subdimension

<i>Dimension</i>	<i>Subdimension</i>	<i>Fathers</i>	<i>Mothers</i>	<i>Total (%)</i>
Causes of anxiety	External causes	9 (37.5)	7 (29.2)	16 (33.3)
	Parental causes	7 (29.2)	5 (20.8)	12 (25.0)
	Combined causes (internal and external or parental)	4 (16.7)	7 (29.2)	11 (22.9)
	Internal causes	1 (4.2)	3 (12.5)	4 (8.3)
	Normative causes	2 (8.3)	2 (8.3)	4 (8.3)
	Unknown causes	1 (4.2)	0 (0)	1 (2.1)
Evolution of anxiety	Permanent	6 (25)	12 (50)	18 (37.5)
	Temporary	12 (50)	4 (16.7)	16 (33.3)
	Improvement by child's effort or external help	6 (25)	8 (33.3)	14 (29.2)
Impact of anxiety	Negative for the child/family	13 (54.2)	15 (62.5)	28 (58.3)
	No impact	9 (37.5)	8 (33.3)	17 (35.4)
	Positive for the child	2 (8.3)	1 (4.2)	3 (6.3)

On the other hand, many parents mentioned *parental factors* as causes of the child's anxiety. Distinct mechanisms for anxiety transmission were identified. Firstly, parents' own parenting rearing styles and behaviors (e.g., overprotection, demandingness) were identified by three fathers and two mothers. Parents recognized their own attitudes or their partner's attitudes as relevant contributors to the child's anxiety. Two fathers attributed the cause of their child's anxiety to their partner's parenting

behaviors, criticizing them for being overprotective. These parents said they reflect a lot about children's problems and revealed a considerable degree of awareness of their own contribution to the child's anxiety. Second, three fathers and one mother considered they were themselves quite anxious and tended to believe that their attitudes and behaviors might have caused the child's anxiety through emotional contagion, modeling, and verbal transmission. Third, one father and one mother mentioned that they were responsible for conveying information that might increase the child's anxiety.

Four parents attributed the child's anxiety to *internal factors*, considering anxiety as internally-driven and stable, inherent to the child's traits, personality or temperament. Terms such as "sensible", "dependent", "nervous", "anxious", or "preoccupied" were used by these parents to describe their offspring. For a few, their child's anxiety was acquired through genetic or biological influences.

Nearly a quarter of parents attributed their child's anxiety to the complex combination of internal and external or parental factors. Moreover, four parents perceived their children's anxiety as a "normal response" to stressful situations, as part of everyone's experience. One father did not find any reason for his son's anxiety, because he did not recognize the child's anxiety as a problem and had trouble identifying any symptoms.

Table 2. Examples of excerpts of beliefs about causes of anxiety

Sub-dimensions	Excerpts from the interview
External causes	<p>Her teacher used to say that her homework was all wrong. We were asked to talk with the teacher many times because of that [Father, 9 years, girl].</p> <p>Maybe anxiety comes from some less positive situations or experiences that might have caused him fear and apprehension. Now, he is afraid that they might happen again [Father, 9 years boy].</p> <p>I think she got those fears from the television, from cartoons and so on [Father, 9 years girl].</p>
Parental causes	<p>My wife protected her too much. She is so attached to all of our children, but especially to this one because she was our first daughter [Father, 11 years girl].</p> <p>The mother gives him too much affect and caring. She is not able to provide some balance [Father, 9 years boy].</p> <p>We let her sleep in our bed for a long time. Her fear of darkness might be somehow related to this [Father, 9 years girl].</p> <p>Sometimes I just think that it's because we are such overprotective parents. I worry too much about him [Mother, 10 years boy].</p> <p>I am a very clean and organized person. She has copied some of these features from me. For instance, all these post-its she uses... She saw me doing the very same thing [Mother, 11 years girl].</p> <p>I think he is afraid of flying because he sees that his mother and his father are too [Father, 10 years boy].</p> <p>Maybe I influenced her because I was always telling her that these would be her first exams and that having good grades would be fundamental to move to the next school year [Mother, 9 years girl].</p>
Internal Causes	<p>It is something that comes from herself. She is too dependent on us [Mother, girl, 10 years ].</p> <p>I think anxiety comes from her own sensibility. When I compare her to her sister, I realize they are different. It's just her temperament; she is too attached to the family [Mother, 11 years girl].</p>



Combined Causes	<p>Maybe I have given her too much responsibility for a girl her age. She had to take care of her little brother (...) She always has been very attached to us... too much! She does not sleep at other people's houses and lacks the courage to cope with her fears because... it's in her. She is a very dependent girl [Mother, 11 years girl].</p> <p>Probably I passed my anxiety to her through my genes. And I might be passing this same worry to her, without being aware of it [Father, 11 years girl].</p>
Normative Causes	<p>It's a natural reaction. He sees a dog and is afraid because he thinks the dog will bite him. That's perfectly normal. [Mother, boy, 10 years]</p> <p>It's inevitable. We can't be happy and calm all the time, can we? There will always be something causing anxiety in our lives. [Mother, 10 years girl]</p>

In sum, the majority of parents attributed the causes of their children's anxiety to external factors, such as negative events or anxiogenic information. Parental-related causes were mentioned by many parents, such as negative parenting and modelling. Internal factors associated with the child's temperament and characteristics were also identified, in most cases combined with external or parental factors. Few parents considered anxiety as a normative reaction. Mothers and fathers evidenced no significant differences in their beliefs about the causes of child's anxiety ( $\chi^2(4,48) = 3.39; p = .495$ ).

### ***Evolution of anxiety***

Eighteen parents, mostly mothers, believed the child's anxiety is a *permanent* problem that will not be resolved or disappear (Table 3). Although all these parents considered their children's anxiety to be long-lasting, some differences should be highlighted. One father and three mothers perceived it as a stable condition that will be sustained over time without significant changes. One father and five mothers were more pessimistic

and expected anxiety symptoms to worsen with growth, with an increasing interference in the child's life. With a more moderate perspective, three fathers and five mothers considered that, although anxiety would be maintained, the child would be able to accommodate and learn to live with it. Some of them compared the child's anxiety with their own or their partner's anxiety and concluded that people are able to adapt. In the child's future, anxiety, although stable, will have less impact or consequences.

Contrastingly, one third of the parents, mostly fathers, perceived their children's anxiety as a *temporary state*, associated with their developmental stage. These parents considered that anxiety symptoms are common in their child's age group and expect this will decrease with time and maturity. Above all, parents expected that during adolescence, children might acquire new cognitive abilities or be exposed to more diverse life experiences, leading to the decrease or elimination of the most intense symptoms of anxiety.

Finally, nearly a third of the parents considered that the child's anxiety problems would *improve*. This belief was shared by a similar proportion of fathers and mothers. However, the majority of them specified that some changes or efforts were necessary to guarantee this improvement. For some, positive changes would result from the parents' intervention, namely adequate educational strategies. Other parents considered that improvement would occur due to the child's efforts and learning. In some cases, the possibility of improvement was associated with a professional intervention (e.g., physician, teacher, and psychologist).

Table 3. Examples of excerpts of beliefs about the evolution of anxiety

Subdimensions	Excerpts from the interviews
Permanent	<p>His fears won't get worse. They will just remain the same [Mother, boy, 9 years].</p> <p>He will probably become more and more anxious, a sad child [Father, 9 years boy].</p> <p>She will get used to feel anxious and stressed before the exams [Father, 11 years girl].</p> <p>Her anxiety will not evolve, such as her mother's anxiety didn't. Human brain functions like that and she will have to control or get around her anxiety in some way [Father, 10 years girl].</p>
Temporary	<p>It's the development. Feeling anxious is a normal aspect in our lives, evolution and transition. It comes in waves. It's a cycle [Father, 9 years boy].</p> <p>Sincerely, I think this is a phase. These are the natural worries for any child. When he gets a bit older and interact more with friends, he will feel less nervous and insecure [Father, 9 years boy].</p>
Improvement	<p>I think these will pass with age. But I will also encourage her to go to school on her own next year [Mother, 9 years girl].</p> <p>I hope these fears will evolve in a positive manner. I will have to force her to face situations such as this last one, in which she wanted to give up going to the theatre. I will say: Yes, you will go! [Mother, 11 years girl].</p> <p>Her fears will fade away. She will face many difficult situations and learn how to deal with them [Father, 9 years girl].</p> <p>I think that his fear of darkness will get better if he talks to some specialist. Maybe our family doctor might suggest us someone specialized in these problems [Mother, 9 years boy].</p>

In conclusion, parents expressed different expectations about the evolution of the child's anxiety. Most mothers expected anxiety to be permanent (50%), while a smaller number tended to believe that anxiety is transitory (12.5%) or is possible to improve (37.7%). Differently, most fathers considered anxiety as a temporary state (54.2%), whereas a small part tended to believe it to be permanent (20.8%) or possible to

improve (25%). Significant differences were found in these beliefs according to parental gender ( $\chi^2(4,48) = 9.73; p = .008$ ).

### ***Impact of anxiety***

Eight fathers and six mothers perceived the *negative impact* of anxiety in many facets of the children's and family's daily lives (Table 4). Some parents worry about the impact that anxiety might have in the future adjustment of their children. One father and three mothers mentioned possible implications in the child's socialization, namely social isolation. Parents also highlighted that anxiety reduced the child's opportunities to have positive experiences. A few of them expressed more catastrophic expectations about the way anxiety might evolve. One mother identified the negative impact of her child's anxiety on the family.

However, almost one third of the parents considered that anxiety had little or *no impact* in the child's current functioning. Although in some cases parents recognized that they were not aware of the child's anxiety consequences or simply had never put much thought on this issue. Some parents considered that, in spite of some possible emotional impact, children were able to cope or did not avoid the anxiogenic situations. Consequently, parents did not consider it as interfering in the child's functioning. For a few parents their perception of lack of impact was related to the expectation that anxiety would not affect the child in the future.

Table 4. Examples of excerpts of perceptions about the impact of anxiety

Sub-dimension	Excerpts from the interview
Negative	This can have many consequences. He may not be able to study enough to be someone with a good future [Mother, 12 years boy]
	It's clearly bad for her because anxiety narrows the way she sees things, isn't it? To be nervous restrains your vision of life [Father, 9 years girl]
	I am not worried about how anxiety may hurt him, but I worry about his struggles in the future. He may be unable to make decisions in the future [Mother, 10 years boy]
	If this anxiety continues, she might get more isolated and have other possible consequences that I can't even imagine [Father, 10 years girl]
	It won't be good at all. She will have no friends [Mother, 11 years girl]
	It may inhibit her from experiencing new things, things that are good for her [Mother, 11 years girl]
	Anxiety prevents her from appreciating the good things of life [Mother, 11 years girl].
	It might become a serious illness [Father, 10 years girl]
	If anxiety won't stop, it might be horrible. I think he won't go far in his life [Father, 9 years boy]
	She needs us to always be with her. That's tiring for all the family and affects us all... [Mother, 9 years girl]
No impact	There isn't any impact. These are normal fears [Mother, 11 years girl]
	I think there is no impact. Well, in fact, I never thought much about it [Mother, 10 years girl].
	Well, she might feel uncomfortable, but she can handle these situations [Father, 9 years girl].
	I am anxious as well. How is that affecting me? Not at all! She and I, we might feel nervous, an upset stomach, our hands sweating and all that stuff, but in the end, we cope with it and the anxiety simply goes away [Mother, 10 years girl].

---

	He is in the right track! In school, he is a very good student with great results. Being nervous is not bad for him [Father, 9 years boy].
Positive	I think it will help her to grow. Feeling worried and anxious will lead her to the right answers in the right moments and that will help her becoming more mature [Father, 9 years girl].

---

Finally, two fathers and one mother believed that anxiety had a positive impact in the child's functioning, associated with positive characteristics of the child (i.e., responsible and hardworking student). Anxiety was also considered a challenge, leading to the improvement of the child's skills and maturity.

In sum, most parents considered that anxiety has a significant negative interference in the child's well-being and future. However, several parents did not recognize anxiety's impact for several different reasons, while a few viewed the child's anxiety as having positive consequences. No significant differences were found in beliefs about the impact of anxiety, according to parental gender ( $\chi^2(2, 48) = .53; p = .765$ ).

### ***Differences between parents who looked for professional help and those who did not***

Quantitative analysis was used to understand if there were differences between the beliefs endorsed by parents who had previously sought some form of professional help for their child's anxiety and those who had not. Twelve parents stated they had sought professional help to treat their child's anxiety complaints.

Chi-square tests evidenced that the beliefs about the causes of anxiety ( $\chi^2(4,48) = 4.69; p = .320$ ) and the impact of anxiety ( $\chi^2(2,48) = 1.40; p = .496$ ) were not different whether they had sought professional help or not. However, beliefs about the evolution of anxiety showed significant differences between the two groups ( $\chi^2(2,48)$

= 10.43;  $p = .034$ ). Half of the parents who had sought professional help tended to believe in improvement of anxiety (50%), whereas a smaller part was more likely to believe that anxiety is transitory (25%) or permanent (8.3%). Parents who had not sought professional help tended to believe that anxiety would be maintained across time (44.4%) or was a temporary state (36.1%), while few parents expected that anxiety could improve (19.4%).

## DISCUSSION

The current study intended to identify and describe parental beliefs about their child's anxiety problems, following an exploratory qualitative approach. A complementary quantitative analysis of data allowed examining if these cognitions were different for mothers and fathers and were related to previous professional help-seeking.

Three dimensions were derived from the analyses. The first dimension organizes parental *beliefs about the causes of anxiety*. Parental causal attributions have been shown to influence parents' behavioral and emotional responses to their child's behavior (Bugental & Johnston, 2000; Rudy & Grusec, 2006). In our study, external factors were the most often referred causes. Parents believed that their child's anxiety was a response to external influences, namely peers' and teacher's pressure, traumatic experiences or negative events (Rotter, 1990). We hypothesize that this result might be related to a reductionist way of perceiving anxiety as a conditioned response to the environment, put in evidence in previous studies (e.g., King, Clowes-Hollins, & Ollendick, 1997; Merckelbach, Muris, & Schouten, 1996). According to Muris and Field (2010), attributions result from people's subjective experiences and, as such, they are influenced by their own beliefs about how fears develop as well as the culture and

society where they live. Further, parents might also tend to perceive situations in a threatening manner (e.g., Bugental & Johnston, 2000). If parents are anxious themselves, they might tend to perceive the world as a risky place and themselves and/or the child as lacking control over the environment (e.g., Becker, Ginsburg, Domingues, & Tein, 2010). As a consequence, parental perceptions of the environment as threatening might reinforce the child's psychological vulnerability and increase her external locus of control, through modelling and information transfer mechanisms (Burks & Parke, 1996; Bugental & Martorell, 1999), which constitute risk factors for anxiety development.

Some parents recognized their own role on promoting their child's anxiety through modelling or through parenting rearing styles, particularly referring to over-control and overprotection. Parents who tended to believe their children are vulnerable and fragile may be more overcontrolling and overprotective in order to guarantee the child's safety. As a consequence, parental control behavior increases children's symptoms because it limits children's autonomy and diminishes their sense of mastery and perception of control over stressors (Chorpita & Barlow, 1998; Ballash, Pemble, Buckley, & Woodruff-Borden, 2006). Furthermore, parents who referred their own anxiety and negative parenting behaviors (e.g., overprotection) as potential causes for the child's anxiety tended to feel responsible for their child's distress and for the management of the child's problems (Apetroia, Hill, & Creswell, 2015; Lester et al., 2010; Salkovskis et al., 2000; Reeves, Reynolds, Coker, & Wilson, 2010). Nonetheless, they might engage in a "control paradox", that is, they feel an inflated sense of responsibility about causing and preventing harm to their child, and consequently, respond with excessive control, hoping to reduce the child's distress.



Fewer parents attributed the child's anxiety solely to internal factors. These attributions are in accordance with previous literature that found evidence for the relation between negative attributional styles (stable and global attribution) and internalizing problems (e.g., Dolan & Last, 1990). It is possible that these parents perceive themselves as less in control over their child's anxiety or even helpless, given their beliefs that anxiety is an inherent and dispositional characteristic. We can also speculate that these beliefs about the causes of children's anxiety might be associated, with the child's specific main diagnostic. For instance, generalized anxiety might be attributed to the child's own traits, while specific phobia might be attributed to negative events.

Parents who attributed the child's anxiety to an interaction of internal and external/parental factors expressed more complex beliefs in line with theoretical models and research (Chorpita & Barlow, 1998; Morrissey-Kane & Prinz, 1999; Robinson et al., 1992; Sameroff, 2009; Stein et al., 2002) highlighting the dynamic interaction between environmental factors (e.g., stressors, parental influences, interactions with peers) and the genetic or biological predisposition to anxiety, expressed through temperamental characteristics (e.g., behavioral inhibition, anxiety sensitivity or fear of negative evaluation).

An alternative perspective was conveyed by parents who perceived anxiety as a normative response. Most of these parents considered that anxiety exerts an adaptive function and perceive some fears and worries as normative during specific stages of development. A few parents also empathized with their child's symptoms and simply accepted them as a natural aspect of life. Although there are common fears and worries during specific stages of the development (e.g., Muris, Merckelbach, & Collaris,

1997; Ollendick & King, 1991; Ollendick, Yule, & Ollier, 1991), these beliefs might blur parents' recognition of anxiety as a problem and lead them to devalue symptoms that should be recognized as a problem and receive the needed attention and treatment.

The second dimension explored concerned parents' perspectives about the *evolution of anxiety*. A majority of parents were likely to believe their child's anxiety would be permanent and last throughout the development. Some parents expected anxiety to be stable without significant fluctuations, while others were more pessimistic and considered it would increase. In an intermediate position, some parents expected that the child would simply get used to the anxiety symptoms. Believing that anxiety is long-lasting might promote negative parental behaviors. For instance, parents might engage in over-controlling parenting as a way to protect and reduce the continuous effects from anxiety in the child (Schleider, Vélez, Krause, & Gillham, 2013), while others may adopt a passive or even helplessness attitude, as they believe their child's symptoms cannot improve (Alloy et al., 1999). Furthermore, these beliefs may affect parental management of the child's anxiety. Parents might not consider seeking professional help because they believe it will be useless or unsuccessful.

A considerable number of parents believed that anxiety is a temporary state that will simply go away when the child grows up. Some parents expected some improvement with specific acquisitions (e.g., cognitive development) or life experiences (e.g., increased exposure to social interactions with peers), while others had no rationale to support these expectations. We may hypothesize that these beliefs prevent parents from worrying, through the minimization of the problem and its

impact. However, expecting this “natural” improvement may have several consequences, such as preventing the use of more adaptative coping strategies or delaying the decision to seek professional help, in cases where it would be necessary.

A smaller number of parents revealed a more positive perspective, believing that anxiety problems would be improved with parents’ or child’s efforts and/or through professional help. These parents recognized the intensity and the negative interference of anxiety in the child’s functioning, but perceived themselves and/or the child as able to control it. Seeking professional help was one of the strategies mentioned by some parents to overcome these problems.

The last theme referred was the impact of anxiety. In most cases parents recognized that anxiety had a negative interference in various contexts of the child’s functioning (e.g., social adjustment, academic performance, family relations). Particularly, most parents considered that anxiety compromised the child’s current well-being and expected it could also affect the child’s future.

However, a considerable number of parents perceived no significant impact of anxiety in the child’s present and future adjustment. This result seems to contradict the classification of interference of anxiety in their child’s actual functioning previously obtained in the Anxiety Disorders Schedule Interview (ADIS). As mentioned in the Methods section, only parents who perceived a moderate to high degree of impairment in the child’s adjustment resulting from the anxiety problems ( $\geq 4$  in a scale of 1 to 8) were interviewed for this study. We may hypothesize that parents might have been influenced by the child’s perspective during ADIS or that this inconsistency might be a result of different measurement procedures (i.e., rating scale versus open-ended question). Despite this discordance, this finding suggests that

parents might recognize anxiety as a problem but that does not necessary imply the awareness of its impairment in the child's functioning. Besides, some parents might only classify anxiety as a significant problem when symptoms are intense and frequent, rather than moderate. Moreover some families have adapted their routines to the child's symptoms (e.g., avoiding situations or places that might enhance fearful reactions from the child), which might attenuate the perception of impact. In several cases, parents simply minimized anxiety's impact because of the internalized nature of symptoms (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987). Furthermore, given that this is a community sample, this result may reflect a reduced recognition of anxiety as a problem.

Curiously, for a few parents, anxiety was associated with positive outcomes. As clinical and empirical experience shows, sometimes anxious children are socially reinforced for their sense of responsibility and high academic efforts. This parental perception might reflect not only the positive consequences of being anxious, such as having good school's results, but also the internalized and uncovered nature of some symptoms (Sanders et al., 1999). It is possible that these parents associate the perception of anxiety's positive impact with some lack of awareness of the negative consequences and the suffering of the child. Actually, internalizing problems in childhood are perceived by parents as having less impairment than other diagnoses (Angold et al., 1998).

In relation to parental gender, overall fathers and mothers shared similar beliefs about the causes and the impact of the child's anxiety. However, whereas mothers were prone to expect anxiety would be maintained or even aggravated, fathers tended to perceive it as a temporary condition. The higher involvement of mothers in

childrearing (Beaujot & Liu, 2005; Bianchi, 2000; Coltrane, 2000; Sun & Roopnarine, 1996) and the consequent proximity to the child might influence their awareness about children's symptoms, their frequency and their consistency across time and situations (e.g., Achenbach et al., 1987; Jensen, Xenakis, Davis, & Degroot, 1988; Lamb, 1997; Lamb, Pleck, Charnov, & Levine, 1987).

At last, our findings also suggest that most parents who had previously sought professional help for the child's emotional problems were more likely to believe that anxiety would only improve with their child's efforts and/or professional intervention. In contrast, parents who had not sought professional help tended to believe that anxiety would be maintained across time or that it was a temporary state that would naturally fade away in the future. Contrary to previous studies (e.g., Farmer, Burns, Angold, & Costello, 1997), the perception of impact was not related to the decision to seek help. This finding might be explained by non-recognition of anxiety as a severe problem or as not having impact in the family's functioning, given their internalized nature (e.g., Angold et al., 2009; Cantwell, Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1997; Grills & Ollendick, 2002), parents' reduced reflection about the consequences of children's anxiety, but also parent's adaptation to the problem (e.g. allowing avoidance behaviors exhibited by the child) (e.g., Francis & Chorpita, 2009; Lindhout et al., 2006; Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

### ***Limitations***

The current findings have to be interpreted with caution because of several limitations. First, the homogeneous sample (e.g., in terms of marital status) does not allow generalizing these themes and sub-themes to other groups of parents of anxious

children. Second, we did not control parents' anxiety, which might have influenced the results. Third, this retrospective study cannot conclude that parental beliefs influenced the professional help-seeking. Future prospective studies could confirm if that relation exists previous to intervention. Furthermore, the stability of these beliefs should be addressed in future studies. For instance, it would be important to evaluate these cognitions before, during and after treatment, and in different stages of the child's development.

### ***Implications on science and practice***

Despite these limitations, this study integrates some new contributions to the understanding of the parental role in children's anxiety. First, the inclusion of fathers, usually underrepresented in research (e.g., Bruggen, Stams, & Bögels, 2008), allowed to identify some specific gender differences regarding beliefs about anxiety evolution. Second, the qualitative analysis was an important tool to improve our understanding of parental cognitions related to children's anxiety. Future studies and new measures are needed to confirm the role of these beliefs in parenting and anxiety management. Third, our findings provide preliminary evidence for the association between specific parental beliefs (e.g., "child's anxiety is only temporary", "child's anxiety will be there forever", "anxiety will become worst", "children will get used to anxiety as time goes by") and parental help seeking for anxiety problems in childhood.

Regarding the implications for clinical practice, our findings have potential relevance for the development of family-based interventions to address children's anxiety. Psychoeducation and promotion of adaptative strategies should include cognitive restructuring of parental beliefs based on external control or on self-blame and

helpless attitudes towards this problem. Further, preventive programs that include information about how to recognize pathological anxiety and its consequences, pathways of pervasive anxiety symptoms and ~~to~~ how anxiety can interfere in the child's functioning should be addressed (Messer, Angold, Costello, & Burns, 1999; Wilson, Bushnell, & Caput (2011). Also, increasing the community's awareness about the benefits of specialized interventions could be important to promote help seeking. Furthermore, therapists might need to address the importance of parents' and children's active role in anxiety's management, ~~and~~ their active role during intervention and the consequences of anxiety when left unrecognized.

## REFERENCES

- Achenbach, T. M., McConaughy, S., & Howell, C. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Tashman, N., Steinberg, D., Rose, D. T., Angold, A., Messer, S.C., Stangl, D., Farmer, E. Costello, E.J. & Burns, B.J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75-80.
- Apetroaia, A., Hill, C., & Creswell, C. (2015). Parental responsibility beliefs: associations with parental anxiety and behaviours in the context of childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 188, 127-133.
- Ballash, N. G., Pemble, M. K., Usui, W., Buckley, A., & Woodruff-Borden, J. (2006). Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 486-497.
- Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 569-581.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Threat bias and the FEAR effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Beaujot, R., & Liu, J. (2005). Models of time use in paid and unpaid work. *Journal of Family Issues*, 26, 924-926.
- Becker, K.D., Ginsburg, G. S., Domingues, J., & Tein, J. Y. (2010). Maternal control behavior and locus of control: Examining mechanisms in the relation between maternal anxiety disorders and anxiety symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 533-543.
- Bögels, S. M., van Dongen, L., & Muris, P. (2003). Family influences on dysfunctional thinking in anxious children. *Journal of Infant and Child Development*, 12, 243-252.
- Bell-Dolan, D., & Last, C. G. (1990). *Attributional style of anxious children*. Paper presented at the 24th annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, San Francisco, CA, USA.
- Bianchi, S. M. (2000). Maternal employment and time with children: Dramatic change or surprising continuity? *Demography*, 37, 401-14.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). 77-101.



- Bruggen, C. O., Stams, G. M., & Bögels, S. M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- Bruggen, C. O., Stams, G. M., & Bögels, S. M. (2009). The relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1257-1269.
- Bugental, D. B., Blue, J., & Cruzcosa, M. (1989). Perceived control over caregiving outcomes: Implications for child abuse. *Developmental Psychology*, 25, 532-539.
- Bugental, D.B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology*, 51, 315-344.
- Bugental, D. B., & Martorell, G. (1999). Competition between friends: The joint influence of the perceived power of self, friends, and parents. *Journal of Family Psychology*, 13, 260-273.
- Bugental, D. B., & Shennum, W. A. (1984). "Difficult" children as elicitors and targets of adult communication patterns: An attributional-behavioral transactional analysis. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 49 (1), 1-79.
- Burks, V. S. & Parke, R. D. (1996). Parent and child representations of social relationships: Linkages between families and peers. *Merrill-Palmer Quarterly*, 42, 358-378.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D. L., Stangl, D. K., Farmer, E. M. Z., et al. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14, 147-159.
- Cantwell, D. P., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 610-619.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., and Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421-436.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relationship to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 170-176.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1999). Anxious children and their parents: What do they expect? *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 220-231.

- Coltrane, S. (2000). Research on Household Labor: Modeling and measuring the social embeddedness of routine family work. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1208-1233.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO: Westview.
- Creswell, C. & O'Connor, T. G. (2006). 'Anxious cognitions' in children: An exploration of associations and mediators. *The British Journal of Developmental Psychology*, 24, 761-766.
- Dix, T. H. & Grusec, J. E. (1985). Parental attribution processes in child socialization. In I. E. Sigel (Ed.), *Parental belief systems: Their psychological consequences for children*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dix, T. H. & Lochman, J. E. (1990). Social Cognition and Negative Reactions to Children: A Comparison of Mothers of Aggressive and Nonaggressive Boys. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(4), 418-438.
- Drake, K. L., & Kearney, C. A. (2008). Child anxiety sensitivity and family environment as mediators of the relationship between parent psychopathology, parent anxiety sensitivity, and child anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 79-86.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Essau C. A., Gabbidon J. (2013). Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization. In: C.A. Essau, & T.H. Ollendick (Ed.), *The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Farmer, E., Burns, B., Angold, A., & Costello, E. (1997). Impact of children's mental health problems on families: relationships with service use. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5, 230-238.
- Francis, S., & Chorpita, B. (2009). Development and evaluation of the parental beliefs about anxiety questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 138-149.
- Ginsburg, G.S., & Schlossberg, M.C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 143-154.
- Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2002). Issues in parent-child agreement: The case of structured diagnostic interviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 57-83.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.

- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler A., Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of systematic reviews*, 6. Art. no. CD004690.
- Johnston, M. (1996). Models of disability. *Psychologist*, 9, 205-210.
- Keller, M. B., Lavori, R., Wunder, J., Beardslee, W., Schwartz, C., & Roth, S. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595-599.
- King, N. J., Clowes-Hollins, V., & Ollendick, T. H. (1997). The etiology of childhood dog phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 77.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive-behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 737-745.
- Kortlander, E., Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. M. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 297-315.
- Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: a prospective study of adjustment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 645-652.
- Lester, K. J., Seal, K., Nightingale, Z. C., & Field, A. P. (2010). Are children's own interpretations of ambiguous situations based on how they perceive their mothers have interpreted ambiguous situations for them in the past? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 102-108.
- Lindhout, I., Markus, M., Hoogendijk, T., Borst, S., Maingay, R., Spinhoven, P., Dyck, R., & Boer, F. (2006). Childrearing style of anxiety-disordered parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 89-102.
- Lyneham, H., & Rapee, R. (2007). Childhood anxiety in rural and urban areas: Presentation, impact and help seeking. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 108-118.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.
- Merckelbach, H., Muris, P., & Schouten, E. (1996). Pathways to fear in spider phobic children. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 935-938.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis (2nd edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476.

- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: The role of parental cognitions and attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 183-198.
- Muris, P., & Field, A. P. (2010). The Role of Verbal Threat Information in the Development of Childhood Fear. "Beware the Jabberwock!" *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 129-150.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Collaris, R. (1997). Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 929-937.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Ollendick, T. H. (1979). Fear reduction techniques with children. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 8, pp. 127-168). New York: Academic Press.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: an evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 117-123.
- Ollendick, T. H., Yule, W., & Ollier, K. (1991). Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 321-331.
- Orvaschel, H., Lewinsohn, P. M., & Seeley J. R. (1995). Continuity of psychopathology in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1525-1535.
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archive of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Raviv, A., Sharvit, K., Raviv, A., & Rosenblat-Stein, S. (2009). Mothers' and Fathers' reluctance to seek psychological help for their children. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 151-162.
- Reeves, J., Reynolds, S., Coker, S., & Wilson, C. (2010). An experimental manipulation of responsibility in children: a test of the inflated responsibility model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 228-233.
- Robinson, J.L., Kagan, J., Reznick, J.S., Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: a twin study. *Developmental Psychology*, 28, 1030-1037.
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: Case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.

- Rudy, D. & Grusec, J. E. (2006). Authoritarian parenting in individualist and collectivist groups: associations with maternal emotion and cognition and children's self-esteem. *Journal of Family Psychology*, 20, 68-78.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, N., Morrison, N., Forrester, E., Richards, M., et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Sameroff, A. J. (Ed.) (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanders, M. R., Tully, L. A., Baade, P. D., Lynch, M. E., Heywood, A. H., Pollard, G. E., & Youlden, D. E. (1999). A survey of parenting practices in Queensland: Implications for mental health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 9, 105-114.
- Schleider, J. L., Vélez, C. E., Krause, E.D., & Gillham, J. E. (2014). Perceived psychological control and anxiety in early adolescents: The mediating role of attributional style. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 71-81.
- Seligman, M. E., Kaslow, N. J., Alloy, L. B., Peterson, C., Tanenbaum, R. L., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Silverman, W. & Albano, A. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV (Child and parent versions)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: A twin study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 219-224.
- Sun, L. C., & Roopnarine, J. L. (1996). Mother-infant, father-infant interaction and involvement in childcare and household labor among Taiwanese families. *Infant Behavior and Development*, 19, 121-129.
- Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing Disorders in Early Childhood: A Review of Depressive and Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 593-610.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: analysis types and software tools*. New York: Falmer.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 541-554.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Wheatcroft, R., & Creswell, C. (2007). Parents' cognitions and expectations about their pre-school children: The contribution of parental anxiety and child anxiety. *The British Journal of Developmental Psychology*, 25, 435-441.

Zwaanswijk, M, Verhaak, P. F., Bensing, J, Ende, J. van der, & Verhulst, F. C. (2003). Help-seeking and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 153-161.

# Parte IV

---

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES FINAIS

*Experience is a hard teacher because she gives the test first, the lesson afterwards.*

[Vernon Saunders Law - Jogador de baseball]



Nas últimas décadas, assistimos a um importante avanço no conhecimento sobre os factores que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da ansiedade infantil (Broeren & Muris, 2009; Murray, Creswell, & Cooper, 2009; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009), de entre os quais se destacam os factores familiares. Ainda que os pais não sejam a única fonte de influência na trajectória desenvolvimentista dos seus filhos, a literatura proveniente de diversos modelos teóricos destaca o seu papel primordial devido à proximidade e interdependência que têm com a criança, em particular até ao início da adolescência. O suporte, do encorajamento ao confronto, a criação de experiências e oportunidades em que a criança se poderá envolver, e a comunicação de mensagens mais ou menos explícitas associadas à interpretação e percepção realista das situações e do mundo, revelam-se estratégias fundamentais que os pais podem aplicar na prevenção da ansiedade durante a infância (Boer & Lindhout, 2001). No sentido contrário, o controlo excessivo, por exemplo, poderá impedir que a criança desenvolva um sentido de autonomia psicológica e comportamental. Foi com base nestas premissas que fomos em busca de mais respostas à questão: Qual o papel dos pais e mães no desenvolvimento e no reforço da ansiedade dos seus filhos?

Após a apresentação detalhada dos estudos que compõem este trabalho, procurámos nesta parte final oferecer uma visão integrada dos resultados da nossa investigação. Este último capítulo tem assim por objectivo sintetizar os resultados que entendemos como sendo mais significativos na compreensão da parentalidade, no âmbito das perturbações de ansiedade na infância, integrando e discutindo-os à luz da

literatura da área. Por seu turno, destacamos ainda as limitações mais salientes nos nossos estudos e que obrigam a uma leitura cautelosa dos resultados, assim como algumas sugestões para as ultrapassar. Por último, evidenciamos de forma sintética os principais contributos teóricos e implicações práticas deste trabalho, tendo em vista sobretudo contextos clínicos e comunitários. De forma transversal, pretendemos analisar os resultados, explorando semelhanças e diferenças entre pais e mães neste processo. Contudo, cada estudo incidiu em aspectos particulares (e.g., tipologias, comportamentos/estratégias, crenças, discrepâncias), o que também se repercutiu em desenhos de investigação diferentes. Por esse motivo, iremos reflectir sobre a forma como estes resultados se podem conjugar, complementar e integrar num “todo” com sentido.

## | Discussão e integração dos principais resultados |

O nosso trabalho seguiu um trajecto de várias fases que moldou quer a forma como seleccionámos as nossas questões de investigação quer a compreensão teórica e interpretação que cada resultado nos foi permitindo alcançar.

O nosso ponto de partida foi desde logo o conceito de *parentalidade* que, como vimos, caracteriza o processo de socialização em que os pais adoptam um conjunto de papéis parentais para responder às necessidades dos filhos com vista à promoção do seu desenvolvimento (Simões, 2011). O motivo para o estudo dos fenómenos subjacentes à forma como os estilos e práticas parentais se interligam com a ansiedade infantil prendeu-se, entre outros aspectos, com a experiência clínica que nos foi

demonstrando o papel que os pais têm no ajustamento da criança, mas também com a evidência empírica de que a ansiedade é um problema que tende a afectar pais e filhos (Beidel & Turner, 1997; Cooper, Fearn, Willets, Seabrock, & Parkinson, 2006). Deste modo, a ansiedade infantil pode, naturalmente, ter por base influências genéticas (Hettema, Neale, & Kendler, 2001), mas também factores de natureza ambiental, que aliás, representam a maior parte da variância explicada da ansiedade infantil (Gregory & Eley, 2007). Neste sentido, sabendo que, tal como sublinhado pelos modelos bioecológicos (e.g., Brofenbrenner & Ceci, 1994), o desenvolvimento da criança ocorre na interacção de um conjunto de contextos de influência, desde os aspectos biológicos aos culturais. Assim, encontrámos na família e na parentalidade o contexto privilegiado para responder a várias questões que inspiraram a elaboração deste trabalho.

Num primeiro momento, aquando da revisão do estado da arte, constatámos que a maior parte dos modelos teóricos tradicionais incluía dimensões globais da parentalidade, tal como a rejeição e o controlo, para explicar a ansiedade da criança (ver Bögels & Brechmann-Toussaint, 2006; Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990; Masia & Morris, 1998; McLeod, Wood, & Weisz, 2007; Rapee, 1997; Van der Bruggen, Stams, & Bögels, 2008). Por sua vez, vários conceitos eram muitas vezes usados de forma sinónima (i.e., controlo e superprotecção) e, acima de tudo, as diversas revisões da literatura e estudos de meta-análise demonstravam que estas dimensões tinham efeitos modestos sobre a ansiedade infantil. Estes resultados surpreenderam-nos, já que seria de antecipar indicadores mais fortes da influência da parentalidade. Por sua vez, procurar captar a complexidade das interacções dinâmicas entre pais e filhos através do estudo de estilos parentais globais numa perspectiva dimensional pareceu-

nos desde logo redutor (Schwartz, Chambliss, Rownell, & Weight, 2003). Com base nestes pressupostos, integrámos no nosso trabalho diferentes níveis de análise da parentalidade.

Assim, e no sentido de enriquecer o conhecimento acerca da forma como estas dimensões se conjugam em diferentes perfis de famílias, iniciámos o **Estudo I** a partir de uma abordagem tipológica dos estilos educativos parentais. Este estudo permitiu organizar os pais em padrões ou tipos de acordo com os seus resultados nas dimensões analisadas (e.g., estilos parentais) e compará-los em função de variáveis de interesse (e.g., ansiedade da criança e dos pais) (i.e., *person-centered analysis*). Em seguida, optámos por outro nível de análise e fomos “à descoberta” de comportamentos mais específicos tais como aqueles que surgem na interacção com a criança (**Estudo II**) ou nas estratégias usadas para lidar com manifestações de ansiedade da criança (**Estudos II e III**). A abordagem nestes estudos incluiu a identificação e comparação de variáveis de interesse a partir dos dados recolhidos junto dos pais que participaram na investigação (i.e., *variable-centered analysis*: Mandara, 2003). Por fim, e por considerarmos que os factores cognitivos, nomeadamente as crenças parentais, podem ter uma importante influência na forma como os pais percebem, sentem e agem sobre o comportamento das crianças, procurámos explorar algumas crenças e percepções que os pais têm em relação à ansiedade dos filhos (**Estudo IV**).

Para uma mais fácil leitura dos resultados, abordamos agora os principais temas que emergiram a partir dos nossos estudos.

## Contributo dos diferentes níveis de análise

O nosso trabalho procurou abarcar dois níveis de análise diferentes mas, a nosso ver complementares, na forma como abordou e investigou a temática da parentalidade na ansiedade infantil. Cada um enriqueceu o nosso trabalho devido às suas vantagens e contributos, fornecendo igualmente a possibilidade de complementar e colmatar as lacunas inerentes a cada um. São eles: o nível macroscópico e o nível microscópico.

A **nível macroscópico (Estudo I)**, procurámos compreender de que forma estilos e comportamentos parentais de relevo se combinam em tipologias parentais. Neste estudo, escolhemos dimensões de estilos (controlo, rejeição e suporte emocional) e de estratégias parentais (superprotecção e encorajamento à aproximação/confronto) salientados na literatura para derivar as tipologias. Para tal, utilizámos uma amostra comunitária de crianças e suas famílias. Como pudemos comprovar nos resultados deste estudo, surgiram três padrões: o superprotector, o desinvestido e o apoiante que revelaram ser equivalentes na amostra de pais e de mães. A análise de cada padrão realçou a natureza dinâmica que envolve a forma como cada família se comporta e se relaciona, o que ficou patente nas diferentes combinações de estilos e práticas que compõem cada padrão. Em jeito de resumo, verificámos que o primeiro tipo – superprotector – se caracterizava por ser um padrão que incluiu pais com níveis elevados de controlo, superprotecção, suporte emocional, encorajamento ao confronto com os medos e situações receadas. O segundo tipo – desinvestido – incluiu pais que se caracterizavam pela ausência de estilos e práticas positivas (i.e., suporte emocional e encorajamento) mas também de risco (i.e., controlo e superprotecção). O terceiro tipo – apoiante – corresponde aos pais que dão um maior suporte emocional

aos seus filhos, enquanto adoptam estilos menos controladores e menos rejeitantes. Estes resultados permitiram obter um retrato mais completo do modo como estes três grupos de pais funcionam ao permitir perceber de que modo cada estilo e estratégias parentais se combinam entre si de acordo com características comuns. Como foi mencionado no Capítulo 3 (**Estudo I**), não encontramos nenhum grupo caracterizado por níveis elevados de controlo e reduzidos de afecto (“*affectionless control*”), que tem sido considerado uma combinação de risco para as perturbações de ansiedade (Gerlsma et al., 1990; Parker 1979; Parker, 1981; Silove, Parker, Hadzi-Pavlovic, Manacavasagar, & Blaszczyński, 1991). Por sua vez, apesar de existirem algumas semelhanças com tipologias realizadas por outros autores (e.g., as de Baumrind) encontramos três padrões únicos e independentes de quadros conceptuais prévios (e.g., Power et al., 2013; Collins & Lanza, 2009).

Este olhar mais alargado sobre a influência de tipologias parentais permite-nos concluir que a análise dimensional da parentalidade pode ser reducionista se não tivermos em conta a forma como diferentes dimensões se ligam entre si. Numa primeira análise, poderíamos considerar que o estilo superprotector constituiria um padrão de maior risco para o desenvolvimento e manutenção da ansiedade infantil devido aos elevados níveis de controlo e superprotecção. Porém, as práticas positivas baseadas no suporte emocional e no encorajamento ao confronto, que também caracterizam o estilo superprotector, poderão minimizar os efeitos mais negativos deste tipo de comportamentos e atitudes. A constatação de que este padrão não se associa a maior ansiedade infantil remete-nos para a necessidade de enquadrar a parentalidade no contexto cultural das famílias. Uma vez que no sul de Europa, por exemplo, padrões parentais caracterizados por elevados níveis de controlo e de

suporte emocional poderão ser normativos e não implicar necessariamente maior desajustamento nas crianças (e.g., Pereira, Canavarro, Mendonça, & Cardoso, 2009; Raudino et al., 2013). De acordo com Chorpita e Barlow (1998), é fundamental que as crianças adquiram, à medida que crescem, uma percepção de controlo sobre o ambiente onde se inserem. Para isso, os autores defendem que é necessário que, por um lado, os pais respondam de forma afectuosa, apoiante e consistente às necessidades da criança, fomentando nelas a possibilidade de perceberem que afectam os outros à sua volta. Por seu turno, é igualmente importante que as crianças desenvolvam um sentido de autonomia para que percebam a sua acção sobre o mundo que as rodeia. Os nossos resultados mostram que padrões parentais assentes no desinvestimento por parte das mães poderão constituir um factor de risco ou de manutenção da ansiedade, provavelmente porque aumentam a sensação de desamparo nas crianças e uma maior percepção de exposição ao risco. Tratando-se de crianças em idade escolar e no contexto cultural em que Portugal se insere, atitudes e comportamentos de menor investimento e apoio à criança parecem assim ter maior impacto no ajustamento da criança do que padrões mais controladores (se combinados com estilos parentais mais positivos). Note-se também que o maior impacto deste padrão na criança, em relação ao do pai, pode reflectir os factores culturais do nosso país. Deste modo, continua a ser a mãe aquela que mais se envolve na educação, sendo a responsável pelas actividades relacionadas com as rotinas de cuidados à criança dos filhos (Monteiro, Veríssimo, Castro & Oliveira, 2006), assumindo o pai um papel de suporte e ajuda à mãe, quando é necessário.

Por último, queremos ainda salientar que também o **Estudo I** nos fornece um resultado de interesse para a compreensão da influência mútua entre pais e filhos.

Como vimos, o padrão superprotector dos pais e das mães estava relacionado com níveis mais elevados de ansiedade/preocupação parental com a criança, enquanto o desinvestido se associava mais à sintomatologia de ansiedade nos pais. Este resultado parece reflectir que o não-envolvimento na relação com a criança poderá estar a ser influenciado pela ansiedade dos pais (e vice-versa), mas que quando os pais estão mais preocupados com questões associadas ao bem-estar da criança, poderão desenvolver padrões parentais de maior controlo, superprotecção e suporte. Este resultado deverá ser melhor explorado em estudos futuros, uma vez que nos remete para a hipótese de que diferentes facetas da ansiedade parental (global ou dirigida à criança) poderem estar relacionadas com padrões distintos de parentalidade.

Em suma, a opção por este tipo de análise permitiu-nos conhecer os padrões parentais que caracterizam de forma natural a nossa amostra (validade ecológica), de que forma os estilos e práticas se conjugam para formar estes padrões e, acima de tudo, forneceu informação relevante que não teríamos conseguido facilmente obter a partir de uma abordagem dimensional, nomeadamente de que forma a presença de níveis reduzidos em diversas dimensões se organizam em torno de um padrão comum (i.e., o desinvestido). A adopção de uma abordagem tipológica ajustou-se aos nossos objectivos por vários motivos: a) encontrar tipologias parentais de progenitores com características em comum, de forma independente para pais e mães; b) compreender de que modo diferentes estilos e comportamentos parentais de destaque na literatura se combinam naturalmente entre si; c) comparar os padrões parentais em função de variáveis da criança (i.e. ansiedade); e d) comparar os padrões parentais obtidos em função de variáveis dos pais (i.e., ansiedade e ansiedade/preocupação com a criança). No entanto, apesar das suas vantagens, o **Estudo I** levantou novas questões e



reflexões. Na verdade, e como já havíamos referido no Enquadramento Teórico, os estilos em si explicam uma percentagem reduzida da variância total da ansiedade infantil, pelo que agrupá-los poderá reduzir ainda mais o eventual efeito explicativo que perfis taxonómicos possam ter. Por sua vez, se os nossos resultados espelharam a existência de perfis idiossincráticos na nossa amostra, a possibilidade de comparar e generalizar os nossos resultados a outras amostras é limitada. Apesar da possibilidade de procurar “encaixar” os nossos pais em tipologias já descritas na literatura, optámos por não o fazer, pois quisemos acrescentar comportamentos de risco para a ansiedade infantil (e.g., superprotecção) e explorar formas de agrupamento existentes na população de onde a amostra foi retirada. Por último, e no que concerne às implicações práticas dos nossos resultados, sabemos que os estilos que compõem as tipologias parentais são dificilmente modificáveis. Apesar de podermos ter em conta que perfis parentais baseados no não-envolvimento se associam à ansiedade na infância, esta informação é mais útil em termos de avaliação e prevenção, uma vez que na intervenção com as famílias é mais fácil modificar comportamentos e estratégias específicas do que estilos parentais mais globais (Power et al., 2013). Por essa razão, fomos à procura de comportamentos específicos surgidos em contextos de interacção que possam despoletar ansiedade nas crianças.

O Estudo II foi assim elaborado a um nível mais *microscópico*. O primeiro objectivo nesse estudo foi comparar dois grupos de pais: um em que os filhos têm perturbação de ansiedade e outro em que os filhos não apresentam qualquer diagnóstico, em duas tarefas de interacção moderadamente ansiógenas para a criança. Ao analisar as frequências, pudemos constatar que pais e mães de crianças ansiosas, por comparação a pais de crianças não-ansiosas, manifestaram maior exigência face à criança (no caso

das mães) e maior ansiedade, revelando também quer maior envolvimento excessivo, quer maior afastamento na interacção com os filhos. Estes resultados corroboram o que tem vindo a ser demonstrado noutros estudos que apontam para a tendência destes pais se comportarem de forma mais ansiosa, controladora (quer através de práticas parentais baseadas na intrusividade/domínio sobre a criança como através da regulação e gestão do seu comportamento<sup>17</sup>), mas também menos envolvida (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006; McLeod, Wood, & Weisz, 2007; Murray, Creswell, & Cooper, 2009; Van der Bruggen, Stams, & Bögels, 2008; Wood, 2006; Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002). Tal como verificámos no **Estudo I**, em que crianças ansiosas têm mães com padrões educativos mais desinvestidos, a um nível mais específico, comportamentos de afastamento em relação aos filhos podem igualmente estar associados a maior ansiedade infantil. Apesar do não-envolvimento dos pais ter vindo a ser mais associado à ansiedade parental (e.g. Woodruff-Borden et al., 2002), é possível que, independentemente da existência de um diagnóstico ou traço ansiedade nos pais, a ansiedade da criança também possa aumentar a probabilidade dos pais se sentirem ansiosos, desconfortáveis ou frustrados, o que poderá conduzir a comportamentos de menor envolvimento parental. Em suma, estados de ansiedade por parte dos pais podem resultar quer no envolvimento excessivo, tal como postulam os modelos teóricos, quer num menor envolvimento (ou afastamento) dos pais, como os nossos dados o revelam. Deve ainda destacar-se que comportamentos de afastamento por parte do pai

---

<sup>17</sup> Segundo alguns autores, o controlo parental pode ser dividido em dois subtipos: interno (superprotecção, indução e culpa, retirada de afecto) e externo (regulação do comportamento, práticas disciplinares, punição). Enquanto o primeiro promove a ansiedade infantil de forma mais directa ao promover na criança a percepção de si como incapaz de enfrentar as dificuldades sozinha, o segundo teria um efeito mais indirecto através da promoção da percepção de pressão e exigência por parte dos outros (Laurin, Joussemet, Tremblay, & Boivon, 2015; Soenens & Vansteenkiste, 2010).

aumentam a probabilidade das crianças com PA se sentirem mais ansiosas (e vice-versa), o que remete para o papel do não-envolvimento paterno como possível factor de manutenção da ansiedade infantil quando analisamos a parentalidade a um nível específico ou situacional (Resnick, Yehuda, & Acierno, 1997). Neste estudo, o pai e a mãe distinguiram-se acima de tudo pelo facto de ter sido o afastamento e a ansiedade paternas e o envolvimento excessivo materno a aumentar a probabilidade das crianças com PA se sentirem ansiosas. Apesar do contributo desta última dimensão estar bem descrita e confirmada pela vasta literatura que lhe foi dedicada, o papel do afastamento e da modelagem de ansiedade manifestados pelo pai permanecem por explorar e compreender.

Neste trabalho, procurámos igualmente examinar como respondiam os pais aos estados de ansiedade das crianças de modo a perceber com maior precisão os possíveis factores parentais de manutenção da ansiedade dos filhos em contextos específicos (i.e., quando a criança está ansiosa). Os **Estudos II** e **III** procuraram compreender não só como se comportam os progenitores logo após as crianças evidenciarem respostas de ansiedade e *distress*, assim como explorar quais as estratégias e comportamentos que estes consideram usar de forma mais frequente e consistente no seu dia-a-dia para lidar com a ansiedade da criança. No **Estudo II** verificámos que os progenitores de crianças ansiosas por comparação a pais de crianças não-ansiosas respondiam à ansiedade dos filhos com maior negatividade (i.e., afecto negativo, criticismo, agressividade), maior afastamento na tarefa por parte do pai e maior ansiedade por parte da mãe. Note-se que qualquer um destes comportamentos pode contribuir para a manutenção do ciclo negativo da ansiedade infantil. Por sua vez, também os progenitores de crianças não-ansiosas reagiam a

respostas negativas por parte dos filhos, ainda que de forma um pouco diferente. Neste caso, os progenitores respondiam com maior encorajamento ao confronto e com mais comportamentos tranquilizadores. Curiosamente, foram as mães de crianças não-ansiosas que revelaram uma maior tendência para o envolvimento excessivo quando os filhos manifestavam mal-estar. Apesar disso, podemos verificar que estes progenitores se mantêm focados na resolução do problema e na regulação emocional da criança, o que parece contrastar com os progenitores das crianças ansiosas que apresentam reacções mais emocionais e atitudes de maior passividade.

No **Estudo III**, para além da análise dos comportamentos e estratégias mais frequentemente observados, tivemos ainda oportunidade de avaliar as percepções dos pais acerca do que consideram ser o modo mais recorrente de responder a manifestações de ansiedade em situações do dia-a-dia. Os resultados mostram que os pais possuem um repertório relativamente alargado de estratégias, destacando-se algumas consideradas adequadas como o encorajamento ou a promoção da resolução do problema. Este resultado vai ao encontro de outros estudo exploratórios que têm procurado salientar comportamentos positivos utilizados pelos pais para lidar e gerir situações de ansiedade dos filhos (e.g., Hiebert-Murphy et al., 2011). A grande maioria da investigação nesta área foca-se em factores negativos da parentalidade como o controlo e a rejeição (McLeod et al., 2007; Rapee, 1997; Wood et al., 2003). A compreensão de factores protectores, nomeadamente de estratégias e comportamentos parentais capazes de reduzir o risco e até mesmo diminuir a probabilidade de ocorrência da ansiedade representa, a nosso ver, uma área promissora, a explorar em estudos futuros que não envolvam necessariamente a

avaliação de estratégias aplicadas em contextos de intervenção (Silverman & Field, 2011).

### Das estratégias às reacções parentais

Poucos estudos se têm dedicado à exploração das estratégias usadas pelos pais para lidar com a ansiedade dos filhos (Mills & Rubin, 1990). Consideramos que o nosso trabalho representa um contributo inovador nesse sentido. Como podemos ver na revisão de literatura, a maior parte dos estudos desenvolvidos nas últimas décadas incidem na avaliação de comportamentos parentais específicos ocorridos durante situações de interacção entre pais e filhos. Porém, o grau de consciência subjacente a esses comportamentos parentais permanece desconhecido. O **Estudo III** procurou questionar directamente os pais a fim de conhecer a sua perspectiva acerca das estratégias que usam. O recurso a uma metodologia qualitativa teve a vantagem de explorar todas as estratégias sem definir ou restringir as respostas dos pais *a priori*, como sucederia provavelmente caso tivéssemos recolhido esta informação através de medidas de auto-relato. À semelhança do que outros estudos observacionais fizeram (ver Van der Bruggen et al, 2008, para uma revisão), no **Estudo II e III**, procurámos averiguar quais os comportamentos mais frequentes nas interacções com as crianças em situações geradoras de ansiedade. Para que o nosso sistema de codificação fosse o mais fiel possível aos comportamentos observados, procurámos assim alargar as dimensões habitualmente analisadas na literatura (e.g., comportamento ansioso, controlo excessivo, criticismo), incluindo outras estratégias e comportamentos que emergiram a partir das narrativas dos pais e da observação das interacções. Por esse

motivo, obtivemos um total de 10 estratégias passíveis de serem igualmente observadas em contexto laboratorial. Neste âmbito, o principal objectivo do Estudo III consistiu em comparar as estratégias identificadas pelos pais nas entrevistas com aquelas que usaram durante as interações com os filhos. Estamos cientes que os resultados das entrevistas e das observações devem ser interpretados com precaução por se tratarem de situações diferentes e por terem sido utilizadas medidas igualmente distintas. A primeira avalia a percepção que os pais têm das suas acções e dos comportamentos que adoptam perante situações em que as crianças estão ansiosas e refere-se a uma apreciação global do modo como os pais consideram comportar-se na maior parte das vezes em que se encontram nesta situação em contextos reais. Por sua vez, as observações foram realizadas em contexto laboratorial a partir apenas de duas tarefas desenhadas para a investigação. Tendo esta premissa de base, consideramos ainda assim que analisar possíveis discordâncias do comportamento autoreportado pelos pais e avaliado por observadores independentes constitui um contributo inovador. Como pudemos constatar, verificou-se uma elevada consistência na percentagem de estratégias reportadas e observadas, que remete para a possível consistência entre a autopercepção dos pais e o comportamento observado. Foram encontradas discordâncias em apenas quatro estratégias. Por um lado, o envolvimento excessivo e as manifestações de ansiedade surgiram mais frequentemente nas situações de interacção do que nas entrevistas. Por sua vez, o reforço do evitamento/dependência e a tranquilização foram mais apontadas pelos pais como sendo usadas no quotidiano. Estas últimas estratégias poderão ser mais facilmente encontradas em situações naturais e geradoras de maior mal-estar do que nas tarefas laboratoriais. Ainda assim, sublinhamos a sua baixa frequência como um

aspecto positivo e que nos despertou interesse. Estes resultados revelam que o recurso a diferentes métodos pode conduzir a uma maior riqueza na obtenção e informação que cada situação, só por si, não permite completamente. Se por um lado, as interacções permitiram, por exemplo, observar reacções emocionais dos pais durante a interacção, as entrevistas permitem aceder a informações mais próximas das situações em que a criança está realmente ansiosa no seu dia-a-dia. Por último, salientamos que pais e mães não apresentaram diferenças nas estratégias reportadas (**Estudo III**), na frequência de estratégias utilizadas (**Estudos II e III**), o que nos remete para a conclusão de que pais e mães utilizam frequentemente estratégias semelhantes. As discrepâncias encontradas no Estudo III verificaram-se igualmente em ambos os progenitores.

As estratégias e comportamentos parentais (**Estudo III**) foram organizados no Capítulo 5 de acordo com o que consideramos ser a sua finalidade e as suas características. Esta divisão permitiu-nos interpretar melhor os resultados. Em primeiro lugar, temos as estratégias dirigidas à *regulação emocional e comportamental da criança* (i.e., envolvimento excessivo, tranquilização e reforço do evitamento/dependência) que têm em comum o intuito de reduzirem a ansiedade e desconforto da criança a curto-prazo, mas que são contraproducentes a longo-prazo uma vez que diminuem a assimilação e resolução de situações geradoras de mal-estar quer nos pais, quer nos próprios filhos e como tal podem reforçar a ansiedade (Rayburn et al., 2005). Hipoteticamente podemos considerar que subjacentes a estes comportamentos estejam crenças associadas à perigosidade da ansiedade (e.g., Barrett et al., 1996; Francis & Chorpita, 2009), à vulnerabilidade ou incapacidade da criança em lidar com as situações difíceis (e.g., Kortlander, Kendall, & Panichelli-

Mindel, 1997) e/ou à percepção de responsabilidade parental na regulação do comportamento da criança (e.g., Apetroaia et al., 2015). Em segundo lugar, identificámos *estratégias adaptativas dirigidas à resolução do problema* (i.e. suporte emocional, encorajamento ao confronto e aproximação à resolução do problema). Neste caso, os pais procuram dirigir esforços para que a criança aprenda a auto-regular-se e a lidar de forma pró-activa com as situações. Naturalmente considera-se que este tipo de estratégias promove a autonomia, sentido de auto-eficácia e percepção de suporte social, reduzindo a probabilidade da ansiedade se manter em situações semelhantes. Por último, destacamos *a expressão de reacções emocionais dos pais* (i.e., negatividade, desamparo, passividade, comportamento ansioso). Como o próprio nome indica, mais do que estratégias planeadas e orientadas para a criança ou para a tarefa, estes comportamentos espelham acima de tudo estados emocionais dos pais perante a ansiedade dos filhos e reflectem provavelmente a necessidade dos pais auto-regularem as suas próprias emoções negativas. Compreender melhor como os pais pensam, sentem e reagem ao mal-estar dos filhos constitui um desafio importante para melhor compreender práticas e comportamentos parentais inadequados, como é o caso do menor envolvimento de que já falámos. Por sua vez, a regulação emocional dos pais influencia a forma como as crianças aprendem a gerir as suas próprias emoções (Eisenberg et al., 2003; Hooven, Gottman, & Katz, 1995). Enquanto agentes primordiais de socialização, os pais têm o papel de modelar formas apropriadas de gestão e regulação das emoções perante situações geradoras de stress, ajustarem-se e responderem adequadamente à expressão emocional da criança e ensinarem às crianças o significado destas emoções (Carson & Parke, 1996; Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998; Morris, Silk, Myers, & Robinson, 2007; Saarni, 1999). A aprendizagem



destas competências de regulação é fundamental para garantir o ajustamento psicológico da criança (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995). Quando os pais são eles próprios ansiosos ou têm dificuldade em regular as suas emoções poderão estar a influenciar o comportamento dos filhos, nomeadamente a promover a ansiedade. De acordo com as teorias do stress e do coping, por exemplo, estratégias de evitamento/afastamento reflectem a necessidade da pessoa regular as emoções negativas geradas por situações de stress, especialmente se forem percebidas como importantes, não-solucionáveis e duradouras (Lazarus & Folkman, 1984). Deste modo, os pais que experienciam repetidamente estas situações na interacção com os seus filhos poderão desinvestir ou afastar-se deles como forma de regular o seu próprio desconforto (e.g., Deater-Deckard, 2004).

No entanto, apesar do afastamento e evitamento poderem ser estratégias úteis a curto-prazo, uma vez que tendem a reduzir o desconforto gerado pela ansiedade da criança (Lazarus & Folkman, 1984), o recurso repetido a estas estratégias ao longo do tempo poderá afectar o bem-estar parental, ser fonte adicional de ansiedade (Blalock & Joiner, 2000; Holahan, Moos, & Bonin, 1999) e diminuir o recurso a estratégias mais centradas na resolução do problema da criança (Deater-Deckard, 2004). Alguns autores sugerem que o uso de estratégias parentais baseadas no evitamento mantêm um ciclo baseado na autoculpabilização, afastamento e frustração, em vez de mobilizar os pais para o uso de estratégias mais centradas no problema e promotoras de maior percepção de controlo sobre o comportamento da criança (Miller, Gordon, Daniele, & Diller, 1992). Na verdade, a literatura mostra que o recurso ao evitamento está associado a maiores níveis de ansiedade, depressão e mal-estar psicológico parentais

(Eisengart, Singer, Fulton, & Baley, 2003; Folkman & Moskowitz, 2004; Holahan et al., 1999; Taylor & Stanton, 2007).

Por último, é importante reforçar que, quando ao longo deste trabalho nos referimos a estratégias desadaptativas e adaptativas (e.g., **Estudo III**) não estamos a atribuir um juízo valorativo em relação às estratégias, implicando que são inerentemente boas ou más, adequadas ou desadequadas. Antes consideramos o critério de que se elas são úteis ou eficazes para a resolução ou atenuação da ansiedade da criança a longo-prazo (Price, McKenry, & Murphy, 2000), sendo igualmente importante o recurso flexível a estas diferentes estratégias, consoante o contexto em que ocorrem (Lester, Smart, & Baum, 1994). Além disso, habitualmente estas estratégias também não tendem a promover emoções e cognições positivas nos pais, sendo muitas vezes um reflexo da forma mais rápida de lidar com a situação a curto-prazo (e.g., quando os pais referem que reforçam o evitamento ao permitir que os filhos não entrem num elevador porque querem despachar-se de manhã).

### Perspectiva bidireccional

Nas últimas décadas, tem-se dado cada vez mais ênfase às dinâmicas transaccionais ocorridas dentro da família (Cox & Paley, 1997; Jenkins, Simpson, Dunn, Rasbash, & O'Connor, 2005), o que corresponde a um avanço na tradicional abordagem unidireccional subjacente à maior parte da literatura (ver Schmerhorn & Cummings, 2008, para uma revisão). Segundo Allen et al. (2006), os processos que envolvem as influências intrafamiliares podem ser compreendidos como uma “dança”. Compreendê-los vai além da análise de relações de causalidade directas e

unidireccionais envolvendo a exploração da forma multicausal e transaccional que caracteriza todos os movimentos articulados desta dança. Alguns autores reforçam que pais e filhos se influenciam entre si através de vários processos ocorridos quer ao longo do desenvolvimento da criança, quer em tempo real, isto é momento-a-momento (e.g., Power et al., 2013; Rapee, 2001). Assim, no **Estudo II**, procurámos não só perceber que comportamentos parentais aumentavam a probabilidade dos filhos responderem de forma ansiosa mas também o contrário, isto é, quais as respostas parentais que tendiam a ocorrer após manifestações de ansiedade nas crianças. Os nossos resultados corroboram o dinamismo e flutuações na relação entre o comportamento dos pais e as respostas de ansiedade das crianças, em que determinados comportamentos dos pais (e.g., envolvimento excessivo das mães) aumentam a probabilidade das crianças manifestarem ansiedade, enquanto estas manifestações das crianças aumentam a probabilidade de outros comportamentos ocorrerem (e.g., expressões de negatividade e afastamento).

Em suma, os resultados indicam que quer no grupo de crianças ansiosas quer não ansiosas, o comportamento dos pais afecta os filhos e vice-versa. Por exemplo, pudemos constatar que as crianças ansiosas respondem com maior *distress* quando as mães se envolvem de forma excessiva, os pais (homens) regulam o comportamento da criança durante a interacção ou quando não interferem suficientemente na tarefa.

Por sua vez, a partir dos resultados dos **Estudo II** pudemos concluir que os estados emocionais de pais e crianças também mostraram estar interrelacionados. Note-se que as crianças ansiosas reagem negativamente à ansiedade manifestada pelo pai. Por sua vez, as mães reagem com ansiedade e ambos os progenitores demonstram

afectividade negativa quando as crianças ansiosas respondem com manifestações de ansiedade. Destes resultados podemos concluir que a manifestação de negatividade (i.e., criticismo, irritação, desvalorização dos sentimentos da criança), provavelmente motivada pela dificuldade em compreender as dificuldades da criança, tenderá a aumentar ainda mais a ansiedade das crianças nestas situações. Por sua vez, assistir a manifestações de ansiedade da criança poderá fomentar respostas semelhantes nas mães. Hipoteticamente estas mães poderão percepcionar a situação como difícil de controlar e gerir ou a ansiedade infantil como algo negativo ou prejudicial, o que aumenta a sua própria ansiedade e distress. Em comparação, os pais de crianças não-ansiosas tendem a reagir a estas manifestações de ansiedade das crianças com a adopção de estratégias para regular o comportamento da criança (e.g., envolvimento excessivo e tranquilização) ou estratégias adaptativas (e.g., encorajamento ao confronto).

Em conclusão, a relação entre os comportamentos ou estratégias usadas pelos pais e a ansiedade da criança funciona de forma dinâmica e bidireccional. Independentemente dos níveis de ansiedade parental, a ansiedade das crianças poderá aumentar a probabilidade dos pais se afastarem ou recorrerem a comportamentos negativos (e.g., controlo excessivo). Por seu lado, a adopção destas práticas em resposta à necessidade de auto-regulação ou de regulação das emoções da criança, tenderá a reforçar ainda mais a ansiedade infantil, pois fomenta ciclos de interacção que diminuem a percepção de controlo e a auto-eficácia para lidar com a situação ao mesmo tempo que vai modelando respostas de coping inadequadas, que a criança poderá reproduzir (e.g., Hammen, 2005). Como verificámos no **Estudos II e III**, e em concordância com estudos anteriores (e.g., Hudson, Comer, & Kendall, 2008;

Hurrell, Hudson, & Schniering, 2015) nas famílias de crianças com PA, quer os pais quer os filhos tendem a interagir e reagir às emoções ansiosas negativas uns dos outros, fomentando um ciclo que promove o “contágio emocional” e a modelagem da ansiedade e distress.

### Crenças acerca da ansiedade

Para além do foco nas variáveis de cariz comportamental e emocional, procurámos igualmente explorar crenças e percepções relacionadas com a ansiedade dos filhos (**Estudo IV**).

Os nossos resultados demonstram que a maior parte dos pais do nosso estudo atribuem a ansiedade dos filhos a factores externos (e.g., acontecimentos negativos de vida) ou a factores parentais (e.g., superprotecção parental). Por um lado, estes resultados podem ser influenciados pela própria ansiedade dos pais, ao percepcionarem o mundo como um lugar perigoso e/ou si mesmos como responsáveis pela criança (e.g., Apetroaia et al., 2015). Por outro lado, podemos hipotetizar que os pais tendem a percepcionar as causas da ansiedade dos filhos a partir de uma óptica mais redutora ou simplista segundo a qual os medos e preocupações podem ter sido adquiridos a partir de experiências de condicionamento, à semelhança do que foi encontrado em estudos anteriores (e.g., King, Clowes-Hollins, & Ollendick, 1997; Merckelbach, Muris, & Schouten, 1996). Estas atribuições poderão também espelhar as experiências subjectivas dos próprios pais, tendo portanto de ser enquadradas no seu sistema de crenças acerca da forma como os medos e a ansiedade se desenvolvem

de acordo igualmente com o contexto social e cultural a que pertencem (Muris & Field, 2010).

Por sua vez, a maior parte dos pais percepciona a ansiedade como tendo e/ou podendo vir a ter um impacto negativo em várias áreas do funcionamento de vida dos filhos. Complementarmente, ao analisarmos as crenças acerca da evolução da ansiedade infantil, uma parte (principalmente constituída por mães) acredita que este problema irá permanecer com o tempo e até mesmo agravar-se, enquanto outros (maioritariamente pais) acreditam que estes problemas irão passar ao longo do desenvolvimento.

Deste modo, foram os pais que mais acreditaram que a ansiedade iria passar com o tempo, enquanto as mães tenderam a crer que esta era um problema duradouro, o que poderá estar associado ao maior envolvimento na educação dos filhos comparativamente aos pais, e o que aumenta o seu grau de conhecimento dos sintomas, da sua recorrência e das implicações ao longo do desenvolvimento (e.g. Raviv et al., 2009).

### Procura de apoio especializado

Apesar do presente trabalho não ter como foco o estudo dos preditores da procura de ajuda especializada, foram encontrados resultados relevantes que deverão ser explorados em estudos futuros. Sabemos que os pais são os principais responsáveis pela procura de ajuda especializada (Lyneham & Rapee, 2007). Segundo o modelo processual (Srebnick, Cauce & Baydar, 1996) é necessário enquadrar estes comportamentos numa estrutura conceptual que envolve habitualmente quatro fases

(Power, Eiraldi, Clarke, Mazzuca, & Krain, 2005): *a.* Reconhecimento do problema; *b.* Tomada de decisão; *c.* Selecção do serviço ou fonte de ajuda; e *d.* Utilização do serviço, embora nem sempre se observe esta sequência (Cauce et al., 2002). Ainda assim, é provável que os pais procurem ajuda apenas se estiverem conscientes de que a ansiedade constitui um problema para a criança e/ou família e se reconhecerem o impacto do problema no funcionamento da criança e da família (i.e., percepção de gravidade ou sobrecarga associada ao problema), nomeadamente baseados em critérios de intensidade e tipo de sofrimento causado ao próprio ou aos outros (e.g., Angold et al., 1998; Lyneham & Rapee, 2007; Raviv, Sharvit, Raviv, & Ronsen-Stein, 2009; Teagle, 2002).

No **Estudo IV** encontrámos dois resultados interessantes a este respeito. Em primeiro lugar, nem as atribuições de causalidade da ansiedade dos filhos, nem as percepções de impacto permitiram diferenciar os pais da nossa amostra que procuraram e não procuraram ajuda especializada até ao momento do estudo. O facto de termos recorrido a uma amostra comunitária poderá ter aumentado a probabilidade dos problemas de ansiedade não serem considerados muito graves ou como implicando uma sobrecarga para os pais. Provavelmente, muitos pais terão procurado adoptar outras estratégias para lidar com o problema ou recorrido a outras formas de apoio (e.g., médicos, professores, outros familiares e amigos), pelo que a procura de apoio poderá não representar uma medida directa do impacto percebido do problema. Por outro lado, deve realçar-se que todos os pais reconheceram que a PA dos seus filhos tinha uma interferência pelo menos moderada ou elevada, ao passo que apenas metade terá reconhecido o impacto negativo da ansiedade na vida da criança e da família. Este dado, tal como avançámos como hipótese na discussão desse

estudo, poderá revelar a falta de reflexão dos pais sobre o assunto ou talvez seja uma inconsistência associada à forma como estas informações foram recolhidas.

Em segundo lugar, os resultados apontam para uma diferença significativa nas **crenças acerca da estabilidade do problema**. Os pais que não tinham procurado apoio especializado tendiam a acreditar que os problemas de ansiedade dos filhos são permanentes ou passam com o tempo, ao passo que os pais que o tinham feito acreditavam mais frequentemente que a ansiedade pode melhorar, desde que haja esforços por parte dos pais e da criança, ou apoio profissional. Deste modo, podemos colocar como hipótese que, independentemente da percepção de impacto acerca do problema, os pais que têm a expectativa de que a ansiedade se manterá ou que acreditam ser uma reacção transitória tenderão a não acreditar que o apoio especializado seja eficaz ou necessário, respectivamente (Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Em conclusão, a partir desta análise exploratória e preliminar, chamamos a atenção para a importância da percepção dos pais e mães acerca da ansiedade dos filhos como um preditor da procura de ajuda a explorar melhor em estudos futuros.

### Papel do Género Parental

Um dos objectivos centrais do actual trabalho consistiu em compreender as diferenças e semelhanças que pais e mães apresentam na forma como pensam, agem e educam os seus filhos ansiosos. Neste processo, procurámos sempre analisar e integrar os resultados de acordo com o género parental, tantas vezes negligenciado na literatura e



na investigação (Bögels & Phares, 2008). Assumimos desde logo o pressuposto de que o pai não é menos importante do que a mãe no desenvolvimento e funcionamento da criança. Como tal, quisemos analisar todas as variáveis parentais presentes neste estudo em função do género parental com o fim de melhor conhecer o modo como o pai vivencia a parentalidade num contexto familiar em que pelo menos um dos filhos tem problemas de ansiedade.

Na análise dos resultados que compõem os nossos estudos empíricos, e que já fomos apresentando nas secções anteriores, podemos constatar que, de uma forma geral, foram encontradas mais **semelhanças** do que diferenças entre pais e mães. No **Estudo I** foram exploradas tipologias maternas e paternas, com vista a identificar possíveis variações ou mesmo um número distinto de *clusters*, o que não se verificou. Apesar de algumas dimensões apresentarem pequenas variações na forma como contribuíram para a constituição dos diferentes padrões (e.g., o padrão superprotector materno é constituído por níveis mais elevados de rejeição do que o seu correspondente paterno), os tipos encontrados são muito semelhantes. Uma possível explicação para esta correspondência entre padrões maternos e paternos poderá ser o facto de estarmos a analisar tipologias de estilos muito alargadas que caracterizam de forma global o modo como os pais se relacionam e como educam os seus filhos. Porém, quando analisamos contextos mais específicos (**Estudo III**), concluímos que ambos os progenitores recorreram às mesmas estratégias para lidar com a ansiedade dos filhos, o que foi corroborado, quer pelos comportamentos observados durante as tarefas de observação elaboradas no âmbito do nosso estudo, quer pelas informações relatadas pelos pais nas entrevistas a este respeito. No **Estudo II**, verificámos que comportamentos de controlo por parte de ambos os progenitores (i.e., envolvimento

excessivo materno, regulação comportamental paterna) mas também comportamentos de menor interferência na interação com a criança, estavam associados a uma maior probabilidade das crianças exibirem ansiedade. No mesmo sentido, verificámos que ambos os progenitores reagiam com negatividade e atitudes passivas (i.e., afastamento na tarefa por parte do pai) à ansiedade da criança com PA. Deste modo, independentemente das pequenas especificidades comportamentais, quer os pais quer as mães reagem a manifestações de ansiedade da criança com comportamentos que potencialmente contribuirão para a manutenção do distress e ansiedade infantil, na medida em que não permitem uma gestão emocional ou uma resolução da tarefa adequadas.

Por sua vez, no **Estudo IV** (qualitativo) verificámos que pais e mães apresentam crenças muito semelhantes no que concerne à causalidade, ao impacto e à evolução da ansiedade dos filhos. O único resultado que identificámos como diferente diz respeito ao facto dos pais tenderem a esperar que a ansiedade dos filhos seja temporária, ao passo que mais mães têm a expectativa de que ela será duradoura, o que provavelmente reflecte a tendência para serem as mães as mais envolvidas na vida da criança e, conseqüentemente, estarem mais conscientes das suas dificuldades (Bronstein, 1984; Russel & Russel, (1987). Porém, este resultado necessita de confirmação em estudos futuros e com amostras mais alargadas.

Não obstante, nos nossos estudos existiram **diferenças significativas** na forma como alguns destes factores se associam à ansiedade das crianças e dos próprios pais. No **Estudo I**, pudemos constatar que apenas o padrão desinvestido das mães se associava à ansiedade infantil. Ainda neste estudo, quando comparámos as tipologias

maternas e paternas em função de diferentes facetas da ansiedade, pudemos constatar que existem algumas particularidades. Deste modo, enquanto ambos os padrões superprotector e desinvestido dos pais se relacionavam com níveis mais elevados de ansiedade paterna, apenas o padrão desinvestido das mães apresentou valores mais elevados de ansiedade materna. Este resultado parece indicar que existe uma tendência para que mães mais desinvestidas da educação dos filhos sejam elas próprias mais ansiosas e que tenham filhos mais ansiosos também. Estes dados levam-nos a considerar várias hipóteses de interpretação. Estas mães podem ser mais ansiosas e, por isso, desinvestirem mais da relação com os filhos. Por sua vez, filhos ansiosos podem exigir mais cuidados e atenção dos seus progenitores, o que pode gerar desconforto e afastamento nestas mães. Estudos longitudinais poderão fornecer informações importantes para definir trajectórias possíveis e relações de mediação entre estas variáveis, nomeadamente averiguar se a ansiedade materna poderá contribuir para o aumento da ansiedade dos filhos, através do desinvestimento da mãe no exercício da sua parentalidade (ou vice-versa). Em relação aos pais, os seus padrões parentais não mostraram ter uma associação significativa com a ansiedade dos filhos. Pais ansiosos poderão assim adoptar padrões mais superprotectores e desinvestidos, o que não parece ter uma influência directa na ansiedade infantil, pelo menos na nossa amostra, constituída por crianças em idade escolar e de tipo comunitário.

Por sua vez, quando analisamos os resultados do **Estudo II** podemos verificar que novamente existem diferenças no comportamento de pais e mães de crianças ansiosas (e não-ansiosas) antes e depois da manifestação de ansiedade da criança. Mais especificamente, as crianças tendem a responder negativamente à ansiedade exibida pelo pai, o que parece ser consistente com os modelos teóricos que defendem que as

crianças tendem a ter o comportamento do pai como referência para se guiarem em situações novas (e.g., Bögels & Perotti, 2011; Chopita et al., 1996). Por sua vez, são as mães as que respondem com ansiedade a manifestações de ansiedade por parte da criança, o que nos remete para a hipótese das mães serem mais vulneráveis ao contágio emocional por parte dos filhos.

Em suma, encontrámos algumas evidências para a existência de semelhanças, mas também de especificidades, na forma como o comportamento dos pais e das mães se associam à ansiedade infantil. Porém, nenhum resultado nos levou a concluir que o pai fosse menos importante que a mãe, pelo que o estudo e compreensão do seu contributo deverá manter-se como foco em estudos futuros.

### A abordagem multimétodos

A literatura tem destacado a importância de recorrer a uma abordagem multimétodos, considerando-a como uma boa prática de análise de dados (Hofmann, Friese, & Wiers, 2008; Nosek & Smyth, 2007; Greewald, McGhee, & Schwartz, 1998). No seu conjunto, o nosso trabalho procurou seguir esta recomendação. Num **Estudo I** utilizámos medidas de *auto-relato* que nos permitiram recolher informações acerca de aspectos não-observáveis como atitudes, cognições, sentimentos e comportamentos subjacentes à forma como os pais exercem a sua parentalidade; abarcar um vasto número de crianças e pais; e recolher informação acerca de características globais da relação pais-filhos. Apesar destas vantagens sabemos que estes instrumentos têm igualmente algumas desvantagens, nomeadamente estarem sujeitas ao efeito da desejabilidade social, dos enviesamentos de memória, da forma como as questões são

colocadas e da interpretação que é feita, do grau de consciência dos pais relativamente aos seus comportamentos e atitudes e da possibilidade de terem sido respondidos de forma inadequada. Deve notar-se também que, apesar do questionário dirigido à criança ter sido lido em voz alta e das dúvidas terem de ser imediatamente esclarecidas, sabemos que as respostas dadas podem ter sido influenciadas pelo seu nível cognitivo e de desenvolvimento, afectando a objectividade e reconhecimento de sintomas considerados importantes para determinar a presença/ausência de problemas de ansiedade.

Por sua vez, nos **Estudos III e IV** recorreremos à aplicação de uma *entrevista* semiestruturada que nos permitiu aceder a questões mais complexas associadas às crenças parentais que possibilitou clarificar respostas dadas pelos pais; esclarecer aspectos contraditórios surgidos no discurso dos pais; e englobar tópicos diversos, permitindo uma adaptação da entrevista ao entrevistado (Kuppens, Grietens, Onghena, & Michiels, 2009). No entanto, estamos cientes da influência (não-intencional) que o entrevistador tem na informação recolhida e principalmente durante o processo de análise. Este método implica também um maior custo financeiro e tempo despendido, quer na sua realização quer na análise e interpretação dos dados recolhidos.

Por último, nos **Estudos II e III** utilizámos a observação directa da interacção pais-crianças. Este método de recolha de dados permitiu aceder a comportamentos únicos e ocorridos em tempo real e num determinado contexto (Cummings, Davies, & Campbell, 2002), assim como captar fenómenos inerentes à forma como pais e crianças reagem, respondem e comunicam entre si. No entanto, reconhecemos que

também o resultado destas observações possa ter sido influenciado pelo facto dos pais saberem que estavam a ser filmados e procurarem comportar-se em consonância com o que consideram ser esperado. Por último, destaca-se o facto de as observações serem realizadas num único momento, num contexto laboratorial e a partir de situações criadas para o propósito do estudo, o que dificulta a generalização dos resultados a outros contextos e para a população em geral.

A abordagem multimétodo vai para além do fenómeno em estudo, aumentando a compreensão do investigador de novas dimensões e da interligação entre dimensões diferentes da parentalidade (Azevedo, Oliveira, Gonzalez, & Abdalla, 2013) e aumentando o rigor, riqueza e profundidade da investigação (Azevedo, et al., 2013). Em resumo, apesar das suas mais-valias e limitações, cada método enriqueceu o nosso trabalho com o seu contributo específico e complementar. Sabendo que o estudo da parentalidade na ansiedade infantil representa um desafio complexo e difícil, o cruzamento de diferentes métodos constitui, a nosso ver, uma opção metodológica importante para o conseguir.

Por último, importa referir que a utilização de diferentes métodos não só conduz muitas vezes a diferentes resultados como dificulta a sua comparação e integração (e.g., Affrunti e Woodruff-Borden, 2015). Isto revela que muitas vezes é difícil a operacionalização dos conceitos de modo a serem medidos de igual forma por duas metodologias diferentes e que dados obtidos por diferentes metodologias podem conduzir a resultados diferentes acerca das relações entre os fenómenos estudados. Mais ainda, parece-nos que diferentes formas de questionar e explorar o mesmo tema podem conduzir igualmente a resultados distintos. Por exemplo, um estudo realizado

por Lourenço (2015) encontrou discrepâncias entre as estratégias parentais que os pais relatavam utilizar de um de modo mais frequente e consistente para lidar com a ansiedade da criança e as estratégias usadas numa situação recente, também segundo o relato dos pais. Deste modo, se o cruzamento de diferentes métodos e mesmo de diferentes modos de questionamento dentro de cada um podem conduzir a resultados distintos, a inclusão de dados recolhidos de formas variadas e a partir de múltiplos informadores aumentaram o nosso grau de compreensão dos fenómenos em análise.

### | Considerações Finais: O que ficámos a saber?

O presente trabalho contribuiu para uma melhor compreensão da parentalidade no âmbito das perturbações de ansiedade na infância. As diversas questões de investigação que nos orientaram ao longo deste processo de investigação permitiram-nos alcançar alguns resultados que acreditamos terem dado um contributo relevante à literatura nesta área e que passamos a salientar:

1. A abordagem tipológica permitiu encontrar três padrões parentais distintos. Enquanto a ansiedade parental se revelou mais associada aos padrões desinvestidos de ambos os pais e ao padrão superprotector paterno, a ansiedade infantil apenas se relacionou de forma significativa com o padrão desinvestido das mães. Este resultado remete para o papel primordial e de proximidade que a figura materna continua a manter na educação dos filhos no nosso país, assim como salienta o desinvestimento como um padrão de relevo quer na compressão da ansiedade da criança quer dos próprios pais (**Estudo I**).

2. Quando analisamos situações de interacção pais-crianças, numa perspectiva microscópica, constatámos que os progenitores de crianças com PA apresentam mais comportamentos de envolvimento excessivo, afastamento e ansiedade do que os pais de crianças não ansiosas (**Estudo II**).

3. A análise dos comportamentos contingentes entre pais e filhos, demonstram que a ansiedade e afastamento paternos e o envolvimento excessivo materno aumentam a probabilidade de crianças com PA se sentirem ansiosas. Por sua vez, manifestações de ansiedade nestas crianças aumentam a probabilidade dos seus pais responderem com maior negatividade e ansiedade (no caso da mãe). Estes resultados revelam o contributo de alguns comportamentos de risco e de manutenção para a ansiedade infantil, assim como semelhanças e especificidades no papel que o género parental desempenha nestas transacções (**Estudo II**).

4. Ao abordarmos o contexto específico em que as crianças com PA ficam ansiosas, verificámos existirem algumas discrepâncias entre estratégias referidas como sendo usadas mais frequentemente no dia-a-dia pelos progenitores e aquelas que eles usaram durante duas situações de interacção com os filhos. Destacamos que nas observações, os pais se envolveram mais excessivamente e manifestaram mais ansiedade do que haviam reportado, o que nos remete para a importância de considerar alguns factores na compressão das estratégias parentais para lidar com a ansiedade dos filhos, nomeadamente os seus estados emocionais. Neste estudo, não foram encontradas diferenças nas estratégias reportadas e observadas entre pais e mães (**Estudo III**).



5. Ao explorarmos as percepções parentais relacionadas com o impacto da ansiedade, assim como as suas crenças acerca das causas e da estabilidade da ansiedade dos seus filhos, encontrámos alguns resultados de relevo. Os pais tendem a atribuir a ansiedade infantil a causas externas (à criança e aos pais), reconhecem o impacto negativo na vida da criança e acreditam que a ansiedade tende a ser permanente. Este último resultado é mais evidente nas mães, contrastando com os pais (homens) que tendem a acreditar que a ansiedade dos filhos irá ser ultrapassada com o tempo (**Estudo IV**).

6. Por fim, comparámos os pais que haviam procurado ajuda especializada para os problemas de ansiedade dos filhos com aqueles que nunca o haviam feito. Verificou-se que o que distingue estes pais é que os primeiros acreditam que a ansiedade dos filhos poderá melhorar com esforço ou ajuda especializada, ao passo que os últimos crêem que a ansiedade será permanente ou passará com o tempo (**Estudo IV**).

Em suma, os nossos resultados sublinham a importância quer de padrões parentais mais globais caracterizados no desinvestimento materno na educação da criança, mas também que o não-envolvimento (ou afastamento) parental pode ter na promoção e manutenção de problema de ansiedade em crianças com PA. Salientamos que a nível contextual, a superprotecção materna e a ansiedade paterna tendem a promover respostas de ansiedade nas crianças pelo que deverão continuar a ser alvo de investigação e intervenção. Na intervenção, dever-se-á considerar o contributo dos estados emocionais e de outros entraves à aplicação de estratégias que a maior parte dos pais sabem ser adaptativas para lidar com a ansiedade dos filhos. Por último, salientamos que a parentalidade se caracteriza por uma rede complexa e bidireccional

entre o comportamento da criança e um conjunto de factores cognitivos, emocionais e comportamentais dos pais.

Deste modo, destacamos a importância de avaliar factores parentais de risco para a ansiedade na infância, entre os quais se encontram: (a) os estilos e as práticas parentais baseados no desinvestimento (**Estudo I**); (b) as expressões de ansiedade e as estratégias parentais baseadas no envolvimento excessivo e/ou afastamento parentais durante a interacção com a criança ansiosa (**Estudos II e III**); (c) a dificuldade dos pais em utilizarem estratégias adaptativas quando se confrontam com situações geradoras de ansiedade nos filhos (**Estudo III**); e (d) as crenças parentais de que a ansiedade dos filhos é um problema permanente ou transitório (**Estudo IV**). Em conjunto, estes factores interagem entre si e com o comportamento da criança, contribuindo para a manutenção da ansiedade através de ciclos de interacção, práticas parentais e comunicação de significações e modelagem de ansiedade, podendo igualmente ser afectados e reforçados por ela.

### | Limitações e Estudos futuros |

Ao longo desta tese foram sendo apresentadas as limitações e sugestões de estudos a realizar no futuro que consideramos poderem vir a colmatar lacunas dos nossos resultados ou a complementá-los. Salientamos desde já lacunas transversais a vários estudos, onde evidenciamos o *tamanho e homogeneidade da amostra* (e.g., área de residência circunscrita à Grande Lisboa) como uma limitação à generalização dos nossos resultados e à possibilidade de realização de análises estatísticas mais sofisticadas ou de comparações entre subgrupos (e.g., consoante o diagnóstico da

criança, Wood, 2006). De igual modo, tal como destacado nos artigos, o facto de não termos controlado a ansiedade parental dificultou a interpretação e compreensão dos nossos resultados com o rigor que desejaríamos. Por sua vez, a natureza *transversal e exploratória* dos nossos estudos incentiva a que futuras investigações sejam feitas de modo a confirmar estes resultados. Por último, às limitações gerais já apontadas, gostaríamos de salientar alguns aspectos dignos de nota.

Em primeiro lugar, apesar de termos identificado um conjunto de estratégias utilizadas pelos pais para lidar com situações geradoras de ansiedade nos filhos, não avaliámos o modo como elas são aplicadas. Sugerimos assim que estudos futuros possam explorar variáveis parentais como a (in)consistência e a (in)flexibilidade na aplicação de estratégias parentais.

Em segundo lugar, seria importante enquadrar os temas analisados no âmbito da coparentalidade, uma vez que ambos os progenitores lidam com a criança e interagem com ela, frequentemente em simultâneo (e.g., grau de acordo, conflito, concordância e complementaridade interparentais). Investigações futuras poderão recorrer à análise da interacção de tríades onde estas dimensões possam ser integradas e avaliadas. Além disso, os nossos estudos apenas incluíram pais casados ou em união de facto a coabitar com a criança, excluindo pais separados e outros cuidadores (e.g., padrastos e madrastas). Como se sabe, este é um factor de risco para o conflito parental e compromisso de práticas parentais positivas (Weinraub, Horvath, & Gronglas, 2002), pelo que também seria importante incluir amostras de famílias com características diferentes.

Em terceiro lugar, o nosso trabalho incluiu ambos os progenitores. Porém, a forma como desenhámos o Estudo II, por exemplo, foi pensada de acordo com o que outros estudos haviam utilizado na literatura e não tanto em tarefas que possam estimular o risco ou brincadeiras mais “físicas”, tal como defendido por vários autores (Bögels & Phares, 2008). A inclusão destes comportamentos, nomeadamente através da análise da promoção de estratégias de confronto e de brincadeiras (Paquette, 2004) constituiu uma lacuna importante a colmatar em estudos futuros.

Em quarto lugar, apesar de termos identificado e analisado algumas estratégias e comportamentos considerados adaptativos, o nosso foco consistiu principalmente nos comportamentos parentais de risco e de manutenção da ansiedade. Nos últimos anos tem vindo a ser destacada a importância de compreender os factores de protecção que permitem evitar o surgimento ou atenuar o impacto da ansiedade no funcionamento da criança (e.g., modelagem de comportamentos de exposição e de outras estratégias adaptativas, cognições positivas e estratégias de coping). Como tal, propomos que estes comportamentos sejam melhor explorados futuramente, nomeadamente em relação a situações geradoras de ansiedade. Salientamos ainda que importa explorar os mecanismos de auto-regulação parental e as consequências destes para a criança (estratégias da criança para lidar com a ansiedade dos pais e impacto da TCC na ansiedade dos pais), visto que se os pais forem ou ficarem também ansiosos, poderão influenciar a eficácia da intervenção (Bodden et al., 2008).

Em quinto lugar, salientamos a necessidade de explorar melhor o contributo das crenças acerca da criança (e.g., como vulnerável), da ansiedade (e.g., como perigosa) e dos próprios pais (e.g., como excessivamente responsáveis pelo bem-estar da criança

ou como ineficazes na gestão da ansiedade da criança) para melhor compreendermos porque recorrerem frequentemente a práticas negativas na interacção com os filhos (e.g., criticismo, superprotecção, afastamento).

Por último, salientamos que para melhor compreender os efeitos bidireccionais, estudos futuros poderiam incluir irmãos não ansiosos de crianças com PA ou interacções entre pais de crianças não-ansiosas com crianças com PA e vice-versa, a fim de compreender se existem diferenças significativas nestes comportamentos parentais. Além disso, estamos cientes que a forma como são estudados os comportamentos em situações de interacção ou como são reportadas nas entrevistas não corresponde à forma como as pessoas se organizam durante uma interacção, e acima de tudo como pensam “a quente” (Goodwin & Duranti, 1992). A literatura tem mostrado que as mudanças nos estados emocionais dos pais podem repercutir-se na forma como reagem e se comportam na interacção com a criança (e.g., Dix, 1991; Krech & Johnson, 1992). Por exemplo, tem sido mostrado que quando os pais estão emocionalmente activados tendem a perceber o comportamento como intencional e disposicional, reagindo com práticas baseadas na negatividade e culpabilização (e.g., Dix, 1991). Também no **Estudo II** verificámos que após a manifestação de ansiedade por parte das crianças, os pais tendiam a reagir com afecto negativo e ansiedade. No mesmo sentido, no **Estudo III** consideramos que a adopção de estratégias desadaptativas em situações de observação, comparativamente à percepção das estratégias parentais que os pais reportam usar mais frequentemente, poderá dever-se à influência dos estados emocionais negativos dos pais e à necessidade de auto e/ou hetero-regulação emocional, com vista ao restabelecimento da situação e redução do desconforto gerado a pais e filhos. Futuros estudos poderiam

assim incluir as interpretações, os significados e a avaliação emocional dos sujeitos durante a interacção (Schegloff, 2007).

### | Contributos e implicações clínicas |

O nosso trabalho procurou ultrapassar algumas lacunas presentes na literatura e enriquecer o conhecimento nesta área, de onde destacamos os seguintes:

|a| As amostras são constituídas por pais e por mães a fim de clarificar se existem diferenças de género na forma como os pais exercem a sua parentalidade no âmbito da ansiedade na infância e adolescência;

|b| A nível teórico, a inclusão de diversos domínios de análise da parentalidade, desde a análise de tipologias parentais mais genéricas até às respostas e estratégias parentais nos momentos específicos em que a criança está ansiosa, passando pela análise intermédia de comportamentos e estratégias usados mais frequentemente pelos pais no seu dia-a-dia;

|c| A utilização de várias metodologias de recolha de dados (questionários de auto-relato, entrevista, observação), de vários procedimentos de análise (e.g., análise de clusters, análise sequencial, análise de conteúdo), e uma abordagem multi-informadores (crianças, pais, mães, observadores independentes) como tem vindo a ser recomendado por diversos autores (e.g., McLeod et al., 2007<sub>b</sub>; Power et al., 2003);

|d| A integração de uma perspectiva baseada na influência bidireccional da relação pais-criança, recorrendo para isso à análise de transacções comportamentais entre pais e filhos;

|e| A exploração de crenças parentais a dois níveis. Por um lado, explorámos algumas crenças e atribuições dos pais relativamente à ansiedade das crianças. Por outro. Esta compreensão complementar dos processos cognitivos dos pais de crianças ansiosas permitiu alargar o conhecimento obtido através da análise observacional dos comportamentos dos pais.

As implicações práticas e clínicas dos resultados dos nossos estudos podem dividir-se em três níveis de intervenção principais. Salientamos algumas das ideias-chave que consideramos úteis em cada um dos níveis.

#### *Nível preventivo*

A prevenção e sensibilização da comunidade para as PA na infância constitui um factor protector a ter em conta, especialmente em contextos de maior risco (e.g., em filhos de pais ansiosos ou com outras formas de psicopatologia). Para além da promoção de maior conhecimento junto da população em geral acerca dos sintomas e características das diferentes perturbações de ansiedade, importa promover práticas positivas baseadas no encorajamento e reforço de aproximação a situações receadas, ao suporte e apoio emocional, ao desenvolvimento e planeamento de estratégias de resolução do problema com a criança, entre outros. Este objectivo dirige-se não só aos pais, mas também a outros elementos da rede social da criança (e.g., educadores, professores, médicos de família, pediatras). Neste sentido, importa também alertar para os riscos dos pais não se envolverem de forma próxima e apoiante na educação dos filhos, visto que tal pode potenciar, influenciar ou reforçar manifestações de ansiedade de crianças em idade escolar (*cf.* **Estudo I**).

Por sua vez, é fundamental trabalhar com os vários elementos da comunidade, nomeadamente os profissionais de saúde, no sentido de promover e incentivar a procura de apoio especializado, principalmente aquele que se baseia em metodologias de intervenção com comprovada evidência empírica. Consideramos importante trabalhar ao nível da psicoeducação sobre as causas, o impacto e, acima de tudo, acerca da evolução da ansiedade, de modo a sensibilizar os pais e outros agentes da comunidade para a importância de detectar e intervir precocemente a fim de evitar implicações negativas para a criança ao longo do seu desenvolvimento.

#### *Processo de avaliação*

Durante o processo de avaliação com os pais e com a criança, importa explorar alguns factores de risco e de protecção, nomeadamente como a forma como os pais promovem a autonomia das crianças e as deixam descobrir de forma orientada o meio ao seu redor, se os pais fornecem encorajamento empático de comportamentos que promovam o confronto e resolução das situações geradoras de ansiedade nos filhos, o que pensam, sentem e fazem os pais quando a criança fica ansiosa (e.g., através de registos de auto-monitorização).

Ao nível das medidas usadas para avaliar estes e outros factores ligados à parentalidade, é conveniente o recurso a medidas de auto-relato que estejam adaptadas e validadas para a população portuguesa e a aplicação de entrevista clínica que inclua a exploração das crenças, emoções, comportamentos e estratégias dos pais em relação aos seus filhos e à ansiedade. Por sua vez, poderá ser útil incluir a observação de situações geradoras de ansiedade (e.g., quando os pais de crianças com ansiedade de separação se afastam durante algum tempo) em contexto clínico ou



através de registos analisados em situações de dia-a-dia (e.g., vídeo, gravação áudio). De igual modo, é recomendável que sejam exploradas as formas como os pais lidam com a sua própria ansiedade e desconforto quer em situações que envolvam a criança ansiosa, quer noutros contextos. Neste âmbito, deverão ser avaliados se ou de que modo os pais poderão estar a modelar estratégias de regulação emocional menos adequadas, se os pais tendem a envolver-se de forma excessiva ou a afastar-se para regular a ansiedade dos filhos e a sua própria ansiedade.

É igualmente importante avaliar o grau em que os pais reconhecem a ansiedade como um problema para a criança e para a família, as suas percepções de impacto e de estabilidade acerca da ansiedade dos filhos, assim como compreender em que grau acreditam ser possível melhorar estes sintomas e qual e qual o seu contributo nesse processo enquanto cuidador.

O avaliador deve igualmente ter em conta o contexto étnico e cultural em que as famílias se enquadram (como vimos no **Estudo I**) (Power et al., 2013) e incluir quer pais quer mães no processo de avaliação. Como verificámos ao longo do nosso trabalho, o pai desempenha um contributo importante na promoção e reforço da ansiedade pelo que compreender a forma como pensam, se sentem e agem se revela fundamental na avaliação realizada com a família.

### *Processo de intervenção*

Tal como sublinhado no Enquadramento Teórico deste trabalho, vários estudos forneceram suporte empírico à eficácia das intervenções baseadas das Terapias

Cognitivo-Comportamentais (TCC) para o tratamento das PA na infância (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fother, & Harrington, 2004).

Deste modo, é essencial trabalhar estratégias com os pais com vista, quer à redução de comportamentos de risco (e.g., envolvimento excessivo, criticismo, desvalorização dos sentimentos da criança, reforço do evitamento/dependência, desamparo ou passividade, afastamento/desinvestimento), quer ao recurso a estratégias mais adaptativas e flexíveis a cada contexto (e.g., resolução de problemas, promoção da autonomia, incentivo à verbalização de preocupações e emoções, suporte emocional, encorajamento à aproximação e ao confronto de forma gradual), destacando a importância de serem os pais a modelar estes recursos de coping mais adaptativos (e.g., Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu, & Sigman, 2006). Neste contexto, a modificação de crenças e expectativas relativamente à criança, à ansiedade, ao papel dos pais na gestão da ansiedade e na intervenção poderá ser benéfica com alguns pais (cf. **Estudo IV**).

Aos pais menos envolvidos e preocupados, poderá ser relevante mostrar como as suas interações com os filhos promovem ansiedade ou ocorrem como resposta à ansiedade dos filhos, reforçando ciclos relacionais negativos com várias implicações para a criança e para a família. Reflectir e encontrar em conjunto com os pais um conjunto de características positivas na criança e estratégias alternativas para lidar com a ansiedade dos filhos e com a sua própria ansiedade poderão aumentar a percepção de controlo sobre o processo de mudança e diminuir expectativas pessimistas que alguns progenitores possuem. Envolver os pais no processo de intervenção permitir-lhes-á que se reconheçam como são agentes activos na melhoria

dos sintomas da ansiedade das crianças, permitindo-se sentir como intervenientes importantes e motivados nos progressos ocorridos ao longo das diferentes fases.

Importa também aumentar a consciência dos pais acerca de eventuais discrepâncias que possam existir no seu comportamento percebido e observado. Neste âmbito, importa reconhecer e procurar ultrapassar entraves (e.g., o próprio desconforto e ansiedade dos pais ou acreditar que a ansiedade terá consequências negativas a curto prazo para a criança caso não seja travada) que possam dificultar a aplicação de estratégias adaptativas. Este aspecto final permitirá que as sugestões realizadas com o terapeuta sejam efectivadas e obtenham sucesso consistente e continuado.

Por último, destacamos a importância de incluir a figura paterna no processo de intervenção. Como constatámos, os nossos resultados apontam para o facto de que ambos os progenitores têm um papel importante no reforço e promoção da ansiedade infantil. Mais especificamente, alguns comportamentos paternos, como a expressão de ansiedade ou o afastamento durante as interacções aumentaram a probabilidade das crianças manifestarem ansiedade. Neste caso, e tal como sublinhado em estudos anteriores (e.g., Burnstein & Ginsburg, 2010), as crianças poderão ser mais vulneráveis a expressões de ansiedade dos pais do que das mães. Em suma, os nossos resultados remetem para a importância de modificar não só comportamentos e estratégias inadequadas como clarificar e alterar eventuais mecanismos de modelagem que poderão influenciar a forma como a criança percebe e reage perante situações novas.

Com estas reflexões, esperamos que o nosso trabalho tenha servido o seu propósito: conhecer mais para intervir melhor.



## REFERENCES

- Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2014). Perfectionism in pediatric anxiety and depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 299-317.
- Allen, J. P., Antonishak, J., McFarland, F. C., & Meyer, J. R. (2006). Parents influencing peers and/or peers influencing parents? Transactional model of autonomy development from age 13 to 18. In C. Kouros (Chair), *Adolescents' influence in the family: Sibling, marital, and parent-child relationships*. Paper presented at the biennial meetings of the Society for Research on Adolescence, San Francisco, CA.
- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75-80.
- Apetroaia, A., Hill, C., & Creswell, C. (2015). Parental responsibility beliefs: associations with parental anxiety and behaviours in the context of childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 188, 127-133.
- Azevedo, C., Oliveira, L., Gonzalez, R., & Abdalla, M. (2013). *A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo*. Atas do IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Brasília.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (1), 47-65.
- Bodden, D. H., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 487-497.
- Boer, F., & Lindhout, I.E. (2001). Family and genetic influences: is anxiety "all in the family"? In W.K. Silverman & Ph.D.A. Treffers (Eds.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment and Intervention* (pp. 235-254). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Bögels, S. M., & Perotti, E. C. (2011). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 171-181.

- Bögels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. *Clinical psychology review*, 28(4), 539-58.
- Broeren, S., & Muris, P. (2009). The relation between cognitive development and anxiety phenomena in children. *Journal of Child and Family Studies*, 18(6), 702-709.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in Developmental perspective: A biological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Bronstein, P. (1984). Differences in mothers' and fathers' behaviors toward children: A cross-cultural comparison. *Developmental Psychology*, 20, 995-1003.
- Burnstein, M., & Ginsburg, G. S. (2010). The effect of parental modeling of anxious behaviors and cognitions in school-aged children: An experimental pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 506-515.
- Carson, J. L., & Parke, R. D. (1996). Reciprocal negative affect in parent-child interactions and peer competency. *Child Development*, 67, 2217-2226.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817-833.
- Cauce, A. M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B.N., Shea, J.M., Srebnick, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44-55.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 170-176.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Cicchetti, D., Ackerman, B., & Izard, C. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2009). *Latent class and latent transition analysis: For applications in the social, behavioral, and health sciences*. Hoboken, NJ: Wiley;
- Cooper, P. J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H. & Parkinson, M. (2006) Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorder*, 93, 205-212.
- Cox, M. J., & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48, 243-267.

- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. NY: Guilford Publications.
- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting stress*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 120, 3-25.
- Goodwin, Charles and Alessandro Duranti, 1992. Rethinking context: An introduction. In: A. Duranti and C. Goodwin, eds., *Rethinking context: Language as an interactive phenomenon*, 142. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241-273.
- Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A. S., Fabes, R. A., Cumberland, A., Reiser, M., et al. (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, 39, 3-19.
- Eisengart, S. P., Singer, L. T., Fulton, S., Baley, J. (2003). Coping and psychological distress in mothers of very low birth weight young children. *Parenting: Science and Practice*, 3, 49-72.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S., (1988). *Ways of Coping Questionnaire Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Francis, S. E., & Chorpita, B. F. (2011). Parental beliefs about child anxiety as a mediator of parent and child anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 21-29.
- Gerlsma, C., Arrindell, W. A., & Emmelkamp, P. M. G. (1991). Mood and memories of early parenting: Connotation of two parental rearing style questionnaires. *Personality and Individual Differences*, 6, 551-555.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 199-212.
- Hammen C. (2005). Stress and depression. *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 293-319
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.

- Hiebert-Murphy D, Trute B, Wright A (2011). Parents' definition of effective child disability support services: implications for implementing family-centred practice. *Journal of Family Social Work*, 14, 2, 144-158.
- Hofmann, W., Friese, M., & Wiers, R. W. (2008). Impulsive versus reflective influences on health behavior: A theoretical framework and empirical review. *Health Psychology Review*, 2, 111-137.
- Holahan, C. J. Moos, R. H., & Bonin, L. (1999). Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In T. Joiner, J. Coyne (Ed.). *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches* (pp. 39-63). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hooven, C., Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1995). Parental metaemotion structure predicts family and child outcomes. *Cognitions and Emotion*, 9, 229-264.
- Hudson, J. L., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2008). Parental responses to positive and negative emotions in anxious and nonanxious children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 303-313.
- Hurrell, K. E., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2015). Parent reactions to children's negative emotions: Relationships with emotion regulation in children with an anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 29, 72-82.
- Jenkins, J., Simpson, A., Dunn, J., Rasbash, J., & O'Connor, T. G. (2005). Mutual influence of marital conflict and children's behavior problems: Shared and nonshared family risks. *Child Development*, 76, 24-39.
- King, N. J., Clowes-Hollins, V., & Ollendick, T. H. (1997). The etiology of childhood dog phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 77.
- Kortlander, E., Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. M. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 297-315.
- Krech, K. H., & Johnston, C. (1992). The relationship of depressed mood and life stress to maternal perceptions of child behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 115-122.
- Kuppens, S., Grietens, H., Onghena, P. & Michiels, D. (2009). Associations between parental control and children's overt and relational aggression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 1, 117-131.
- Lanza, S. T., & Rhoades, B. L. (2013). Latent Class Analysis: An Alternative Perspective on Subgroup Analysis in Prevention and Treatment. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 14(2), 157-168.
- Laurin, J. C., Joussemet, M., Tremblay, R., & Boivon, M. (2015). Early forms of controlling parenting and the development of childhood anxiety. *Journal of Child and Families Studies*, 24 (11), 3279-3292.
- Lester, N., Smart, L., & Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychology and Health*, 9, 409-424.



- Lourenço, S. (2015). *Superprotecção e práticas de regulação emocional parental: consistência entre a informação obtida por entrevista e por observação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Lyneham, H. J., & R. M. Rapee. 2007. Childhood anxiety in rural and urban areas: Presentation, impact and help seeking. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 108–118.
- Mandara, J. (2003). The Typological Approach in Child and Family Psychology: A Review of Theory, Methods, and Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (2), 129–146.
- Masia, C. L. & Morris, T. L. (1998). Parental factors associated with social anxiety: Methodological limitations and suggestions for integrated behavioral research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 211–228.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155–172.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155–172.
- McLeod, B.D., Wood, J. J. & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155–172.
- Merckelbach, H., Muris, P., & Schouten, E. (1996). Pathways to fear in spider phobic children. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 935–938.
- Miller, A. C., Gordon, R. M., Daniele, R. J., & Diller, L. (1992). Stress, appraisal, and coping in mothers of disabled and nondisabled children. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 587–605
- Mills, R. S. L. & Rubin, K. H. (1990). Parental beliefs about problematic social behaviors in early childhood. *Child Development*, 61, 138–151.
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Castro, R., & Oliveira, C. (2006). Partilha da responsabilidade parental. Realidade ou expectativa? *Psychologica*, 42, 213–229.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388.
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. (1999): Engagement in child and adolescent treatment: The role of parental cognitions. *Clinical Child and Family Review*, 2, 183–198.
- Muris, P., & Field, A. P. (2010). The Role of Verbal Threat Information in the Development of Childhood Fear. “Beware the Jabberwock!” *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 129–150.

- Murray, L. M., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009) Anxiety disorders in childhood. *Psychological Medicine*, 39, 1413-1423.
- Murray, L., Cooper, P.J., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 45-52.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413-1423.
- Nosek, B. A., & Smyth, F. L. (2007). A multitrait-multimethod validation of the Implicit Association Test: Implicit and explicit attitudes are related but distinct constructs. *Experimental Psychology*, 54, 14-29.
- Paquette, D. (2004). Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 47, 193-219.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics in relation to trait depression and anxiety levels in a nonclinical group. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13, 260-264.
- Parker, G. (1981). Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 33-36.
- Pereira, A.I.F., Canavarro, M.C., Mendonça, D.V., Cardoso, M.F. (2009). Patterns of parental rearing styles and adjustment among school-aged Portuguese children. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 454-464.
- Power, T. G., Sleddens, E. F., Berge, J., Connell, L., Govig, B., Hennessy, E., Liggett, L., Mallan, K., Santa Maria, D., Odoms-Young, A., & St George, S. M. (2013). Contemporary research on parenting: conceptual, methodological, and translational issues. *Childhood Obesity*, 9(1), 87-94.
- Power, T.J., Eiraldi, R.B., Clarke, A.T., Mazzuca, L.B., & Krain, A.L. (2005). Improving mental health service utilization for children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 20, 187-205.
- Price, S., J., Mckenry, P. C., & Murphy, M. J. (2000). *Families across time: a life course perspective*. Los Angeles: Roxbury.
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-68.
- Rapee, R. M. (2001). *Generalised Anxiety Disorder*. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), New York: Oxford University Press.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A., & Hudson J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 335-365.

- Raudino, A., Murray, L., Turner, C., Tsampala, E., Lis, A., De Pascalis, L. & Cooper, P. J. (2013), Child anxiety and parenting in England and Italy: the moderating role of maternal warmth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 1318–1326.
- Raviv, A., Sharvit, K., Raviv, A., & Rosenblat-Stein, S. (2009). Mothers' and Fathers' Reluctance to Seek Psychological Help for Their Children. *Journal of Child & Family Studies*, 18, 151-162.
- Rayburn, N. R., Wenzel, S. L., Elliott, M. N., Hambarsoomians, K., Marshall, G. N., & Tucker, J. S. (2005). Trauma, depression, coping, and mental health service seeking among impoverished women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 667-677.
- Resnick, H. S., Yehuda, R., & Acierno, R. (1997). Acute post-rape plasma cortisol, alcohol use, and PTSD symptom profile among recent rape victims. *Annals New York Academy of Sciences*, 821, 433–436.
- Russell, G., & Russell, A. (1987). Mother-child and father-child relationships in middle childhood. *Child Development*, 58, 1573-1585.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.
- Schegloff, E. A. 2007. *Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schermerhorn, A. C., Cummings, E. M., DeCarlo, C. A., & Davies, P. T. (2007). Children's influence in the marital relationship. *Journal of Family Psychology*, 21, 259–269.
- Schmerhorn, A. C. & Cummings, E. M. (2008). Transactional Family Dynamics: A new framework for conceptualizing Family influence processes. *Advances in Child Development and Behavior*, 36, 187-250.
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033-1039.
- Silove D, Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Manicavasagar V, Blaszczyński, A. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 159, 835-41.
- Silverman, W., & Field, A. (2011). *Anxiety disorders in children and adolescents* (2<sup>a</sup> ed.). Cambridge, England: Cambridge Child and Adolescent Psychiatry, Cambridge University Press.
- Simões, S. (2011). *Influência dos estilos educativos parentais na qualidade da vinculação de crianças em idade escolar em diferentes tipos de família*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30, 74–99.

- Srebnick, D., Cauce, A.M., & Baydar, N. (1996). Helpseeking pathways for children and adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4, 210-220.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Teagle, S. (2002). Parental problem recognition and child mental health service use. *Mental Health Services Research*, 4, 25 7-266.
- van der Bruggen, C. O., Stams, G. J., & Bögels, S. M. (2008). Research review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- van der Bruggen, C., Stams, G., & Bögels, S. M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1257 – 1269.
- Weinraub, M., Horvath, D., & Gringlas, M. (2002). Single parenthood. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (pp. 109-140). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publisher.
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 37, 73-87.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314-321.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 364–374.

We can win.

We can lose.

We can fall down.

We can get up and do it over again, better.

We can go for it as if we have nothing to lose, knowing we have everything to lose.

(...)

We can tear up a dance floor and put it all back together again.

We can talk loud in public.

We can be fierce.

We can be small.

We can be mighty.

We can be too much.

We can be just enough, just in time.

We can.

We have to.”

*[Last Night on Earth, Bill T. Jones]*



# Apêndices

---

- A1. Consentimento Informado
- A2. Resultados devolvidos aos agrupamentos
- A3. SCARED-R [Crianças]
- A4. Protocolo de Avaliação [Pais]
- A5. Guião da entrevista: “Ansioso por Saber”
- A6. Observações: Tarefas e Sistema de codificação





Caros Pais,

Estamos a desenvolver o estudo **“Ansiedade infantil: a importância dos pais”** em várias escolas do país, nomeadamente no agrupamento do seu educando. É importante que TODAS as crianças do 3º ao 6º anos possam participar. Para isso, só terão de entregar o consentimento que se encontra adiante ao Director de Turma.

Por favor, leiam atentamente as seguintes informações, antes de assinarem o consentimento.

Muito obrigada pela vossa colaboração!

#### **O QUE É ESTE ESTUDO?**

O presente estudo tem como principal **objetivo** compreender os factores associados a diversas manifestações de ansiedade em crianças, para que pais, educadores e terapeutas possam lidar e intervir de modo mais adequado com este tipo de problema.

#### **QUEM É A EQUIPA RESPONSÁVEL?**

Este estudo insere-se no doutoramento da aluna Ana Filipa Beato na área de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (com apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia), sob supervisão científica da Professora Doutora Ana Isabel Pereira e Professora Doutora Luísa Barros.

#### **O QUE ME É PEDIDO E AO MEU FILHO?**

A primeira fase do estudo consiste no preenchimento de um questionário que será respondido por cada **criança** numa parte de uma aula, com o apoio da investigadora (aproximadamente 20mn). Este instrumento tem como objectivo avaliar sintomas de ansiedade em diferentes contextos. Os **pais** poderão posteriormente participar no estudo se o desejarem, preenchendo um protocolo que será enviado para casa.

#### **QUEM TEM ACESSO AOS DADOS?**

Apenas os elementos da equipa terão acesso aos dados das crianças e dos pais. Os dados não podem ser utilizados para outros fins que não os da investigação.

#### **SOU OBRIGADO A PARTICIPAR?**

A participação neste estudo é completamente voluntária e pode desistir a qualquer momento. Salientamos que quanto maior a adesão, melhor a qualidade do estudo e a possibilidade de identificar problemas de ansiedade.

#### **QUEM DEVO CONTACTAR SE TIVER QUESTÕES OU PROBLEMAS RELACIONADOS COM O ESTUDO:**

Ana Filipa Beato Correio eletrónico: [ana.beato.07@hotmail.com](mailto:ana.beato.07@hotmail.com)

*(Separe esta parte folha pelo picotado e entregue-a ao Diretor de Turma do seu filho)*

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado(a) de educação do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ ano, turma \_\_\_\_\_, li a informação e:

- ☐ Autorizo a participação do meu filho no estudo sobre problemas de ansiedade na infância, disponibilizando para o efeito os seguintes contactos telefónicos: \_\_\_\_\_ (casa) / \_\_\_\_\_ (Telemóvel)
- ☐ Autorizo a participação do meu filho mas não me disponibilizo para fornecer os meus contactos, mesmo tendo sido identificados níveis elevados de ansiedade.
- ☐ Não autorizo a participação do meu filho.





---

## ANSIEDADE, SIGNIFICAÇÕES, ESTILOS E ESTRATÉGIAS PARENTAIS EM PAIS DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

---

### Resumo dos principais resultados do projecto

#### Relevância do estudo

Estima-se que entre 10 e 21% de crianças em idade escolar sofrem de pelo menos uma perturbação de ansiedade clinicamente significativa. Os problemas de ansiedade mais comuns são: a ansiedade de separação, a ansiedade generalizada, as fobias específicas, a fobia social e a perturbação de pânico. Para podermos intervir de modo adequado na ansiedade infantil é fundamental identificar e compreender os factores que estão na origem e manutenção deste problema. O presente projecto procura, assim, estudar o papel dos factores parentais presentes no desenvolvimento e prevenção de problemas de ansiedade nas crianças.

#### Implementação do projecto

O principal objectivo do estudo, nesta fase inicial, consistia em **identificar crianças com problemas de ansiedade**. Nesse intuito, foram seleccionadas duas formas de avaliação:

1. Aplicação do **questionário SCARED-R** a todos os alunos envolvidos no estudo com o intuito de avaliar os sintomas de ansiedade, nomeadamente: ansiedade de separação, ansiedade generalizada, perturbação de pânico, fobia social e escolar, fobias específicas, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de pós-stress traumático. No terreno, contamos com a colaboração dos directores de turma que procederam à entrega das autorizações aos alunos com o intuito de serem lidas e assinadas pelos pais durante o mês de Fevereiro de 2012. Devido ao reduzido número de devoluções no 2ºciclo, o prazo foi alargado duas semanas. Posteriormente procedeu-se ao agendamento e seguida aplicação dos questionários aos alunos autorizados a colaborar no projecto de acordo com o calendário e tarefas escolares em curso. A duração média foi de 20 minutos. Esta aplicação foi efectuada em sessões colectivas em sala de aula com os alunos do 2ºciclo e 1ºciclo, à excepção do Centro Escolar, onde foi utilizada a biblioteca para este fim. A investigadora presidiu sempre à aplicação dos questionários, monitorizando o processo e ajudando os alunos em casos de dúvida ou dificuldade no preenchimento.

2. Realização de **entrevistas** aos alunos que apresentaram resultados elevados neste questionário de forma a complementar a avaliação dos problemas de ansiedade obtida através desta medida de auto-relato. As entrevistas integram igualmente a presença do progenitor como informador complementar e são semi-estruturadas. O primeiro conjunto de crianças e respectivas famílias (pai e/ou mãe) foram entrevistadas no mês de Julho e as restantes serão convidadas a participar durante os próximos meses.

Outro objectivo deste estudo consiste em **analisar a ansiedade parental, os estilos parentais e as estratégias dos pais para lidarem com a ansiedade dos filhos**. Para isso, recorreu-se igualmente a duas formas de avaliação: 1. Protocolo com três questionários (já apresentados anteriormente) a serem preenchidos quer por mães quer por pais e posteriormente devolvidos ao director de turma em envelopes fechados; e (2) Realização de entrevistas que procuraram analisar significações e estratégias para lidar com a ansiedade dos filhos. As análises a estes questionários estão em curso.

Articulação e cooperação com a direção e docentes responsáveis

Janeiro/Fevereiro, 2012

Recolha de autorizações dirigidas aos pais

Fevereiro, 2012

Agendamento de datas para aplicação dos questionários

Fevereiro, 2012

Aplicação SCARED  
Março/Abril, 2012

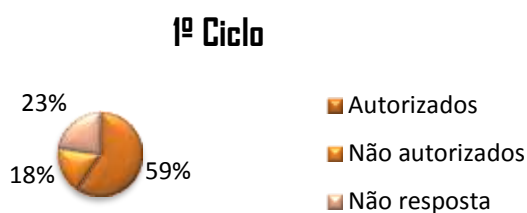
Aplicação de protocolos aos pais - Abril/Maio, 2012

Entrevistas às crianças e famílias

Julho-Outubro, 2012

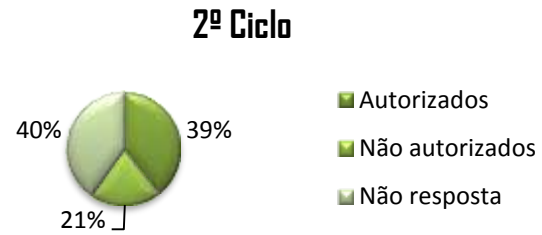
## Adesão ao estudo

Aderiram a este estudo 49% crianças e respectivas famílias do Agrupamento de Escolas [X]. Todos os 634 alunos a frequentar os 3º e 4º anos do 1º ciclo (n=301) e os 5º e 6º anos do 2º ciclo (n=333) foram convidados a participar no estudo. Do total de autorizações enviadas aos pais, 432 (68%) foram devolvidas. Várias estratégias foram levadas a cabo em cooperação com a escola no sentido de aumentar o número de devoluções, tais como o envio de avisos na caderneta do aluno, reenvio de autorizações ou monitorização mais frequente do processo por parte do director de turma.

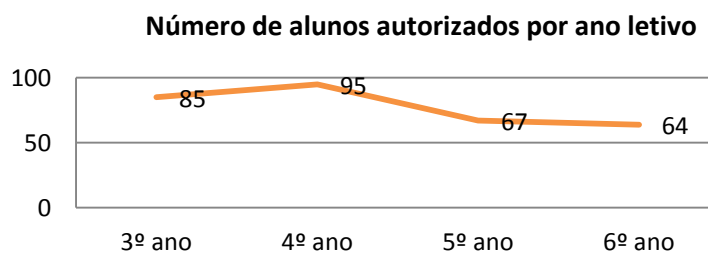


Dos 301 alunos a frequentar o 1º ciclo, 179 (59%) foram autorizados pelos pais a participar no estudo, 54 (18%) não foram autorizados e 68 (23%) não entregaram autorização.

Dos 333 alunos pertencentes ao 2º ciclo, 131 (39%) foram autorizados a colaborar no estudo, 68 (21%) não foram autorizados e 134 (40%) não devolveram a autorização ao director de turma.



Em suma, colaboraram na primeira fase do projecto, 85 alunos do 3º ano e 95 das diversas escolas do 1º ciclo pertencentes ao agrupamento, assim como 67 alunos do 5º ano e 64 do 6º ano, integrados no 2º ciclo.

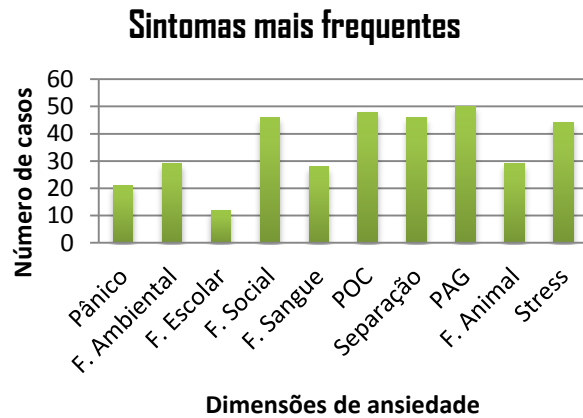


## Resultados

Os 310 alunos autorizados a colaborar neste projecto preencheram o questionário SCARED-R. Após a leitura dos dados, foram seleccionados os alunos que obtiveram scores totais acima do percentil 85, isto é, os alunos que identificaram um maior número e sintomas de ansiedade nas diversas categorias analisadas pelo mesmo.

Como podemos verificar, 16 alunos do 3º ciclo apresentaram resultados mais elevados, assim como 20 do 4º ano, 11 do 5º ano e 4 do 6º ano. O número tende a decrescer do 1º para o 2º ciclo, o que pode ser explicado pela menor adesão ao estudo neste último e pela tendência para se verificar uma diminuição de determinados sintomas ao longo do desenvolvimento.





Analisando as diferentes subescalas dos questionários, tal como apresentado na tabela ao lado, verificámos que os sintomas mais referidos pelas crianças se relacionam com sintomas de ansiedade generalizada seguidos de sintomas obsessivos/compulsivos, de ansiedade de separação e de fobia social.

### Próximos passos

Caso na entrevista se confirme a presença de um problema de ansiedade que interfira de modo significativo na vida e no bem-estar das crianças, as famílias serão informadas que têm oportunidade de participar num programa terapêutico dirigido à prevenção e redução dos problemas de ansiedade na Consulta de Psicologia Pediátrica, pertencente ao Serviço à Comunidade da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Para mais informações: <http://consultadepsicopediatria.webs.com/>.

Os pais serão igualmente entrevistados no sentido de compreender quais as significações que possuem acerca da ansiedade dos seus filhos e estratégias que habitualmente usam para lidar com a mesma.

Por sim, o projecto inclui mais duas fases: a observação de interacções familiares na realização de tarefas pré-definidas e um programa de intervenção grupal com pais de crianças com problemas de ansiedade. Em ambos os casos, serão seleccionadas aleatoriamente famílias com e sem problemas de ansiedade detetados nos questionários aplicados anteriormente.

Lisboa, 6 de Setembro de 2012,

(Ana Beato – Investigadora responsável pelo projecto | Psicóloga clínica)



8894

--	--	--	--

## SCARED-R - versão Cr.

(Muris et al., 1999)

Versão portuguesa experimental de Pereira &amp; Barros, 2010)

### Instruções

Abaixo, encontras um conjunto de frases que falam sobre medos e ansiedade das crianças e jovens. Por favor, lê cada uma das frases com atenção e indica a frequência com que experimentaste esse sintoma **durante os últimos 3 meses**: *nunca ou quase nunca, algumas vezes ou muitas vezes*.

Modo de preenchimento do CÍRCULO :



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :



	nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Quando me sinto assustado tenho dificuldade em respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tenho medo de estar em sítios altos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho dores de cabeça ou de barriga quando estou na escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Não gosto de estar com pessoas desconhecidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Quando vejo sangue, fico tonto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Quero que as coisas estejam arrumadas numa certa ordem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fico com medo quando durmo fora de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Preocupo-me que os outros não gostem de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Quando fico assustado, sinto-me a desmaiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Penso que me vão pegar uma doença grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sou nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tenho pensamentos estranhos que me assustam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sigo a minha mãe e o meu pai para todo o lado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. As pessoas dizem-me que eu pareço nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sinto-me nervoso com pessoas que não conheço bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Tenho medo de ir ao médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Não gosto de ir à escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Quando fico assustado, sinto com se fosse ficar maluco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Preocupo-me se tiver de dormir sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tenho medo de ir ao dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Preocupo-me em ser tão bom como os outros miúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



8894

	nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
22. Tenho medo de um animal que não é realmente perigoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tenho medo quando há trovoadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Faço as coisas mais de duas vezes para verificar se fiz tudo bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tenho sonhos assustadores acerca de uma coisa muito má que já me aconteceu uma vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Quero que as coisas estejam limpas e arrumadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Quando fico assustado, é como se as coisas não fossem reais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Ficaria com medo se tivesse de voar num avião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Tenho pesadelos em que acontece uma coisa má aos meus pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ir para a escola preocupa-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Faço coisas (rituais) que me ajudam a ficar menos assustado com os meus pensamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Quando me sinto assustado, o meu coração bate depressa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Fico assustado quando levo uma injeção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Tenho medo de apanhar uma doença grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Sinto-me fraco e a tremer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Tenho pesadelos sobre alguma coisa má que me está a acontecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Tenho tanto medo de um animal (que não é perigoso) que não me atrevo a tocar-lhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Preocupo-me se as coisas me vão correr bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Às vezes tenho dúvidas se realmente fiz uma certa coisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Quando fico assustado, sou muito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Sou preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Fico com medo quando vejo os médicos a fazerem uma operação na televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Quando me acontece algo muito desagradável, tento não pensar nisso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. De repente fico cheio de medo sem nenhuma razão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Tenho medo de estar sozinho em casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Fico com medo quando penso em alguma coisa muito má que uma vez me aconteceu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. É difícil para mim falar com pessoas que não conheço bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Quando fico assustado, sinto-me como se estivesse a sufocar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. As pessoas dizem-me que me preocupo demais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Não gosto de estar longe da minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





	nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
51. Tenho medo de ter ataques de ansiedade (ou pânico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Tenho medo que aconteça alguma coisa má aos meus pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Sinto-me envergonhado com pessoas que não conheço bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Penso sem querer que estou a magoar outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Preocupo-me com o que vai acontecer no futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Quando fico assustado tenho vontade de vomitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Preocupo-me se estou a fazer bem as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Tenho medo de ir para a escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Tenho medo de coisas que aconteceram no passado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Quando me sinto assustado, fico tonto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Fico assustado em espaços pequenos e fechados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Tenho pensamentos estranhos e assustadores que preferia não ter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Tenho medo do escuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Tenho pensamentos que não quero ter sobre uma coisa muito desagradável que me aconteceu uma vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Tenho medo de um animal que a maioria dos miúdos não tem medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Não gosto de estar num hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Sinto-me nervoso quando estou com outros miúdos ou adultos e tenho que fazer alguma coisa enquanto eles me observam (por ex. ler em voz alta, falar, jogar um jogo, fazer um desporto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Sinto-me nervoso quando vou a festas, bailes ou qualquer lugar onde vão estar pessoas que não conheço bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Sou tímido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





1463

--	--	--	--

Caro/a Pai/Mãe,

Pedimos que preencha os questionários que se encontram neste envelope. Estes questionários devem ser respondidos pelos progenitores ou cuidadores principais que coabitem com a criança.

**Todas as informações registadas nestes questionários são ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS e os dados apenas serão utilizados de acordo com as finalidades deste estudo.**

**Não deixe nenhum questionário ou item por responder.**

Terminado o preenchimento, **coloque os questionários que preencheu no envelope pequeno e feche-o.**

**Junte** o seu envelope ao do pai/à mãe do seu educado e coloque-os no **envelope maior. Entregue-o ao seu filho(a) para que ele(a) o devolva ao diretor(a) de turma.**

## INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

### CRIANÇA

SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino

DATA DE NASCIMENTO

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

ANO DE ESCOLARIDADE

TURMA

Já foi a pelo menos uma consulta de psicologia clínica ou psiquiatria?

☐ Sim ☐ Não

### DADOS DA FAMÍLIA

#### Quem vive com a criança?

(Refira o grau de parentesco que cada membro da família em relação à criança)

Grau de Parentesco (pai, mãe, avó, avô, irmão, irmã, etc.)	Idade(s)

A criança tem irmãos que não vivam com ela?

☐ Sim ☐ Não



1463

**MÃE**

(Caso a cuidadora principal da criança não seja a mãe, indicar o grau de parentesco em relação à criança: \_\_\_\_\_) ☐

**Idade:**   anos

**Nacionalidade:** \_\_\_\_\_ ☐

**Qual é o seu estado civil?**

- ☐ Solteira
- ☐ Casada ou em união de facto
- ☐ Divorciada ou separada
- ☐ Viúva

**Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta ou frequentou?**

- ☐ Nenhum (0 anos)
- ☐ 1º ciclo (1-4 anos)
- ☐ 2º ciclo (5-6 anos)
- ☐ 3º ciclo (7-9 anos)
- ☐ Secundário (10-12 anos)
- ☐ Ensino pós-secundário não superior (ou terciário)
- ☐ Ensino superior universitário (licenciatura, mestrado, bacharelato)
- ☐ Doutoramento

**Das seguintes situações, qual a que melhor descreve a sua ocupação principal atual?**

- ☐ Exerce uma profissão? Qual?  ☐
- ☐ Estudante
- ☐ Ocupa-se de tarefas domésticas
- ☐ Desempregada
- ☐ Reformada
- ☐ Permanentemente incapacitada
- ☐ Outra situação. Qual?  ☐



1463

**PAI**

(Caso o cuidador principal da criança não seja o pai, indicar o grau de parentesco em relação à criança: \_\_\_\_\_) ☐

**Idade:**   anos

**Nacionalidade:** \_\_\_\_\_ ☐

**Qual é o seu estado civil?**

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado ou em união de facto
- ☐ Divorciado ou separado
- ☐ Viúvo

**Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta ou frequentou?**

- ☐ Nenhum (0 anos)
- ☐ 1º ciclo (1-4 anos)
- ☐ 2º ciclo (5-6 anos)
- ☐ 3º ciclo (7-9 anos)
- ☐ Secundário (10-12 anos)
- ☐ Ensino pós-secundário não superior (ou terciário)
- ☐ Ensino superior universitário (licenciatura, mestrado, bacharelato)
- ☐ Doutoramento

**Das seguintes situações, qual a que melhor descreve a sua ocupação principal atual?**

- ☐ Exerce uma profissão? Qual?  ☐
- ☐ Estudante
- ☐ Ocupa-se de tarefas domésticas
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado
- ☐ Permanentemente incapacitado
- ☐ Outra situação. Qual?  ☐

# EMBU-PAIS

(Versão Original de J. Castro, 1993)

Código criança:

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ anos

Código da criança \_\_\_\_\_

Quem responde a este questionário?

☐

Pai

☐

Mãe

☐

Pai e Mãe

O seu filho vive consigo (ou convosco?)

☐

Sim

☐

Não

Em caso negativo, há quantos anos que não vive(m) com o seu (vosso) filho?

anos.

Quantos filhos tem?

filhos.

Que lugar ocupa este entre os irmãos?

☐

1º

☐

2º

☐

3º

☐

4º

☐

5º

outro

Mesmo que seja difícil explicar com exactidão como se relaciona ou se relacionou com os seus filhos, certamente tem uma ideia, mais ou menos precisa, de como o tem educado e porque tem procedido dessa forma.

Para responder a este questionário é muito importante que tente recordar as atitudes e comportamentos que tem tido em relação ao seu filho. Como verá, cada pergunta pode ser respondida de diferentes maneiras. Deve escolher a resposta que melhor reflecta o comportamento que tem ou teve para com o seu filho. **Depois de ter escolhido a resposta mais apropriada ao seu caso, deverá rodeá-la com um círculo**

Antes de seleccionar a resposta que julga ser a mais adequada, leia atentamente cada uma das quatro alternativas possíveis. Lembre-se que só pode escolher uma opção por pergunta. Não deixe nenhuma questão por responder. Como verá, algumas perguntas não podem ser respondidas se tem só um filho; nesse caso, deixe a resposta em branco.

Seguidamente, apresentamos um exemplo de como se devem responder às perguntas deste questionário:

	Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, frequentemente	Sim, sempre
<i>Costuma bater no seu filho?</i>	1	2	3	4
<i>É carinhoso(a) com ele?</i>	1	2	3	4

	Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, frequentemente	Sim, sempre
1. Demonstra ao seu filho, com palavras e gestos, que gosta dele?	1	2	3	4
2. Castiga o seu filho mesmo no caso de pequenas faltas?	1	2	3	4
3. Tenta influenciar o seu filho para que ele venha a ser uma pessoa bem colocada na vida?	1	2	3	4
4. Deseja que o seu filho seja diferente em algum aspecto?	1	2	3	4
5. Acha que é demasiado severo (a) com o seu filho?	1	2	3	4
6. Decide como o seu filho deve vestir-se ou que aspecto deve ter?	1	2	3	4
7. Proíbe o seu filho de fazer coisas que outras crianças da idade dele fazem, por medo que lhe aconteça algo de mal?	1	2	3	4
8. Bate ou repreende o seu filho em frente de outras pessoas?	1	2	3	4
9. Preocupou-se em saber o que faz o seu filho na sua ausência?	1	2	3	4
10. Quando as coisas correm mal ao seu filho, tenta compreendê-lo e animá-lo?	1	2	3	4
11. Impõe ao seu filho mais castigos corporais do que ele merece?	1	2	3	4
12. Aborrece-se com o seu filho porque ele não o (a) ajuda nas tarefas de casa como gostaria?	1	2	3	4
13. Quando acha que o seu filho faz algo mal, mostra-se de tal forma triste que o faz sentir-se culpado?	1	2	3	4
14. Conta a outras pessoas o que o seu filho faz ou diz, envergonhando-o com isso?	1	2	3	4
15. Mostra interesse em que o seu filho tire boas notas?	1	2	3	4
16. Ajuda o seu filho quando ele enfrenta uma tarefa difícil?	1	2	3	4
17. Diz ao seu filho frases como estas: "Com a tua idade não deverias comportar-te desta forma"?	1	2	3	4
18. Fica triste por culpa do seu filho?	1	2	3	4

	Não, nunca	Sim, às vezes	Sim, frequentemente	Sim, sempre
19. Tenta estimular o seu filho para que ele seja o melhor?	1	2	3	4
20. Demonstra ao seu filho que está satisfeito com ele?	1	2	3	4
21. Confia no seu filho de tal forma que o deixa actuar sob a sua própria responsabilidade?	1	2	3	4
22. Respeita as opiniões do seu filho?	1	2	3	4
23. Se o seu filho tem pequenos segredos, pede insistentemente que lhos conte?	1	2	3	4
24. Quer estar ao lado do seu filho?	1	2	3	4
25. Acha que é, de alguma forma, “forreta” e “duro (a)” para com o seu filho?	1	2	3	4
26. Quando regressa a casa, o seu filho tem que dar-lhe explicações sobre o que fez ?	1	2	3	4
27. Tenta que a infância do seu filho seja estimulante, interessante e atractiva (por exemplo; dando-lhe bons livros, encorajando-o a participar em passeios e excursões, etc.)	1	2	3	4
28. Elogia o comportamento do seu filho?	1	2	3	4
29. Diz ao seu filho frases como estas: “É assim que nos agradeces todo o esforço que temos feito por ti e todos os sacrifícios que temos feito para o teu bem”?	1	2	3	4
30. Quando o seu filho está triste, pode procurar a sua ajuda e compreensão?	1	2	3	4
31. Diz ao seu filho que não está de acordo com a forma de ele se comportar em casa?	1	2	3	4
32. Interessa-se pelo tipo de amigos mais próximos do seu filho?	1	2	3	4
33. É brusco e pouco amável com o seu filho?	1	2	3	4
34. Castiga o seu filho com dureza, inclusive por coisas que não têm importância?	1	2	3	4
35. Acha que o seu filho deseja que se preocupe menos com as actividades dele?	1	2	3	4
36. Participa activamente nos passatempos e diversões do seu filho?	1	2	3	4
37. Bate ao seu filho?	1	2	3	4
38. Coloca limitações estritas ao que o seu filho pode ou não fazer, obrigando-o a respeitá-las rigorosamente?	1	2	3	4
39. Tem um medo exagerado que aconteça alguma coisa ao seu filho?	1	2	3	4
40. Acha que há carinho e ternura entre si e o seu filho?	1	2	3	4
41. Fica orgulhoso(a) do seu filho quando ele consegue atingir um objectivo a que se tinha proposto?	1	2	3	4
42. Manifesta ao seu filho que está satisfeito com ele através de expressões física carinhosas como dar-lhe palmadas nas costas, abraçá-lo, etc.?	1	2	3	4



1463

**BSI****(L. R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995)**

--	--	--	--

Quem responde a este questionário? ☐ Pai ☐ Mãe

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o **GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

**Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:**

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:**

	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ESP

(versão experimental de Pereira e Barros, 2010)

Quem preenche este questionário: ☐ Mãe ☐ Pai

## Instruções

Este questionário pretende conhecê-lo melhor como pai ou mãe. Os pais são diferentes e cada criança tem necessidades únicas. Não existem respostas certas nem erradas. Para as questões de 1 a 15, por favor, assinale o grau de semelhança entre a afirmação e a forma como habitualmente pensa e se sente relativamente ao seu(sua) filho(a):

0- Nada; 1- Um pouco, 2- Alguma, 3- Muita, 4- Muitíssima

Modo de preenchimento do CÍRCULO :



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :



	Nada 0	Um pouco 1	Alguma 2	Muita 3	Muitíssima 4
1. Se visse o(a) meu(minha) filho(a) triste ou preocupado(a) ficaria muito aflito(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Só fico tranquilo(a) quando o(a) meu filho(a) está ao pé de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pergunto-me muitas vezes se o(a) meu(minha) filho(a) será capaz de se defender na escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tenho muita dificuldade em tomar decisões acerca do(a) meu (minha) filho(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Fico muito preocupado(a) quando o(a) meu(minha) filho(a) tem que fazer coisas novas ou difíceis sem ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sinto-me muito culpado(a) quando o(a) meu(minha) filho(a) se magoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Penso muitas vezes que pode acontecer algo mau ao(à) meu(minha) filho(a) (ser assaltado, atropelado, agredido,...),	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Quando o(a) meu(minha) filho(a) tem alguma febre fico muito preocupado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Se o(a) meu(minha) filho(a) se atrasa fico logo aflito(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Durante o dia pergunto-me muitas vezes se o meu(minha) filho/a estará bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As pessoas dizem-me que me preocupo demais com o meu filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Se o meu(minha) filho(a) fosse passear sem mim, para eu ficar tranquilo(a) teria que ter alguma forma de o(a) contactar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Preocupo-me muito com as amizades do(a) meu(minha) filho(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Muitas vezes tenho receio de não estar a fazer o que é o mais correcto em relação ao meu(minha) filho(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dou por mim a pensar que podem acontecer coisas más ao(à) meu(minha) filho(a) sem que eu possa fazer nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



1463

	Nada	Um pouco	Alguma	Muita	Muitíssima
	0	1	2	3	4
16. Muitas vezes, quando o(a) meu(minha) filho(a) está preocupado(a) por ter de fazer algo que acha difícil, eu digo-lhe para não o fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu tento preparar as situações novas que o(a) meu(minha) filho(a) tem de enfrentar para que ele(ela) não seja apanhado(a) de surpresa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Proíbo que o(a) meu(minha) filho(a) participe em actividades físicas em que exista o mínimo risco de se magoar (por ex. subir a árvores, patinar,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eu tento proteger o(a) meu(minha) filho(a) de todas as dificuldades do dia-a-dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Quando o(a) meu (minha) filho(a) tem medo de ir a algum sítio, normalmente aconselho-o(a) a não ir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Eu procuro proteger o(a) meu(minha) filho(a) de tudo aquilo que lhe pode causar medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Quando o(a) meu(minha) filho(a) está nervoso(a), tenho de o(a) acalmar imediatamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Quando sinto que o(a) meu(minha) filho(a) é criticado(a) pelo professor ou outro adulto, eu defendo-o(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tenho que estar sempre atento(a) a tudo aquilo que o(a) meu(minha) filho(a) faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Quando o(a) meu(minha) filho(a) não se sente bem (por ex., tem dores de cabeça ou de barriga), só fico descansado(a) se o(a) levar ao médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Digo ao(à) meu(minha) filho(a) que a melhor forma de lidar com os medos é enfrentá-los	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Por vezes dou conta que para evitar que o(a) meu(minha) filho(a) cometa erros faço as coisas por ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Proíbo o(a) meu(minha) filho(a) de fazer coisas que a maioria das crianças da idade dele(a) faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Quando uma criança da mesma idade se mete com o meu(minha) filho(a) eu defendo-o(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Estou sempre a dizer ao(à) meu(minha) filho(a) para ter cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Encorajo o(a) meu(miha) filho(a) a lidar com as situações que lhe metem medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Eu digo ao(à) meu(minha) filho(a) que só deve fazer algo quanto se sente preparado(a) a 100%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Quando algo assusta o meu(minha) filho(a), digo-lhe muitas vezes que é importante ser corajoso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Apercebo-me muitas vezes que trato o(a) meu(minha) filho(a) como se fosse mais pequeno(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I. Responda, por favor, utilizando a escala indicada abaixo, se comparativamente aos pais das crianças da idade do(a) seu(sua) filho(a), considera que **você** é:

- ☐ 1. Muito menos preocupado
- ☐ 2. Menos preocupado
- ☐ 3. Preocupa-se o mesmo
- ☐ 4. Mais preocupado
- ☐ 5. Muito mais preocupado

II. Responda, por favor, utilizando a escala indicada abaixo, se comparativamente aos pais das crianças da idade do(a) seu(sua) filho(a), considera que **o(a) seu(sua) companheiro(a) ou o outro progenitor da criança** é:

- ☐ 1. Muito menos preocupado
- ☐ 2. Menos preocupado
- ☐ 3. Preocupa-se o mesmo
- ☐ 4. Mais preocupado
- ☐ 5. Muito mais preocupado



## “ANSIOSO POR SABER”: GUIÃO DA ENTREVISTA

### Instruções:

Chegámos à fase final da nossa entrevista. Vou-lhe agora fazer algumas perguntas mais abertas. Pretendo saber a sua opinião acerca dos problemas associados à ansiedade do(a) seu(sua) filho(a) e identificar consigo algumas situações que lhe provocam mal-estar.

Antes de avançarmos, gostaria de confirmar alguns dados:

Idade da criança: \_\_\_\_\_

Com quem vive a criança: \_\_\_\_\_

Questões	Objectivos	Dimensões analisadas
<p><b>Como avalia a entrevista realizada em conjunto com o seu filho?</b> Como acha que correu?</p> <p><b>O que a surpreendeu? Houve alguma coisa de que não estivesse à espera?</b></p> <p><i>[Se o progenitor refere desconhecer alguns problemas]</i></p> <p><b>O que pensou? E como se sentiu?</b></p>	<p>Explorar o grau de concordância dos pais com a criança;</p> <p>Analisar a percepção que o progenitor tem do problema.</p>	<p>Grau de concordância entre pai/mãe e criança</p>

<p><b>1. Quais as áreas de maior fragilidade/dificuldade /vulnerabilidade do seu filho?</b></p>	<p>Em que medida o progenitor considera que o seu filho necessita de mais cuidados porque é frágil.</p>	<p>Percepção de vulnerabilidade da criança</p>
<p><i>[OU Em que situações considera que o seu filho é mais vulnerável do que outros meninos da mesma idade?]</i></p> <p><i>[OU Há situações em que o seu filho/a precise de alguém que o/a ajude a ultrapassá-las ou enfrentá-las? Que tipo de situações?]</i></p> <p><b>1.1. E quais as suas maiores forças? Quais as maiores potencialidades, capacidades, competências? Em que áreas ele/a é mais forte?</b></p>		
<p><b>2. Quando compara o(a) seu(sua) filho(a) a outras crianças da mesma idade, considera que ele(a) é mais, menos ou tão frágil/vulnerável como elas?</b></p> <p><i>(Se a resposta for mais ou menos frágil, pedir para explicar melhor esta opinião)</i></p> <p>Em que sentido? Consegue dar-me um exemplo de situações/áreas em que ele/a se destaca por ser mais/menos frágil que outras crianças?</p>	<p>Analisar a percepção dos perigos que afectam a criança.</p>	
<p><b>3. Considera que o(a) seu(sua) filho(a) dever ser protegido(a) ou tratado(a) de um modo especial/diferente devido a estes problemas de nervosismo/medos /ansiedade?</b></p> <p>Acha que os adultos devem ter um cuidado especial na forma como lidam com o seu filho? O que acha que os outros podem fazer para ajudar o seu filho com os seus medos/ansiedade/nervosismo)?</p> <p>Acha que faz o suficiente para ajudar o seu filho/a com estes problemas? Se pudesse, fazia mais por ele/a? (Se sim) O que gostaria de fazer mais por ele/a?</p>		

**4. Quais as principais preocupações que tem em relação ao(à) seu(sua) filho(a) no momento actual?**

**4.1. Quais as áreas as preocupações que têm em relação ao seu filho/a de acordo com as seguintes áreas de funcionamento** *(Mostrar folha de registo de preocupações)*

**4.2. Quais as que mais a preocupam?**  
(Fazer uma hierarquia das 3 preocupações de maior relevância)

**Das preocupações que identificou (...), peço que as ordene da mais importante/grave para a menos importante/grave.**

(Avaliar porque é que a primeira é a mais relevante para a mãe/pai)

O diagrama consiste numa pirâmide de linha preta à esquerda e cinco retângulos cinzentos empilhados à direita. Uma linha diagonal preta desce da base da pirâmide para o primeiro retângulo da hierarquia, indicando a ordem de importância das preocupações.

<p><b>5. O que já foi feito para solucionar os problemas relacionados com as preocupações e ansiedade do(a) seu(sua) filho(a)? Quais as estratégias que já foram tentadas? Quais as que usou mais vezes? Quais usou durante um certo período de tempo consistentemente?</b></p> <p><b>5.1.</b> <i>(Se o progenitor identificou alguma/s)</i> <b>Quais foram eficazes? Porquê?</b></p> <p><b>5.2.</b> <i>Quais as estratégias que utilizou mais vezes ou de modo consistente durante algum tempo?</i></p> <p><b>5.3.</b> <b>Quais não foram? Porquê?</b></p> <p><b>6. Já procurou ajuda para solucionar os problemas que identificámos na entrevista? (Dar exemplos se necessário)</b></p> <p><b>6.1.</b> Se sim: <b>Quem procurou? Porque motivos? Quais os resultados obtidos?</b></p> <p><b>6.2.</b> Se não: <b>Porque razão não procurou ajuda? Que sinais seriam necessários estarem presentes para procurar ajuda?</b></p>	<p>Avaliar o reconhecimento do problema por parte do progenitor.</p> <p>Identificar os pedidos de ajuda e/ou tratamentos a que a criança foi submetida.</p> <p>Analisar estratégias e soluções levadas a cabo até ao momento</p>	<p><i>Estratégias para solucionar o(s) problema(s)</i></p>
<p><b>7. Recorde-se de uma situação recente em que o(a) seu(sua) filho(a) se tenha sentido verdadeiramente ansioso(a)/nervoso(a)/assustado(a)...</b></p> <p><b>Nestas situações mais emocionais, os pais habitualmente pensam, sentem e agem de determinadas formas. É natural que nem nos apercebamos do que nos acontece nestas situações mas vamos tentar detalhar o melhor possível o que costuma acontecer.</b></p> <p><b>7.1. O que despoletou/causou a reacção do(a) seu(sua) filho(a)? (Pedir breve descrição da situação)</b></p>	<p><i>Analisar as causas que conduzem a reacções de ansiedade nas crianças</i></p>	<p><i>Atribuições causais</i></p> <p><i>Reacções emocionais do progenitor</i></p> <p><i>Estratégias parentais</i></p>



**Recorrendo à ajuda deste esquema (® folha de Registo), vamos tentar descrever o que aconteceu consigo...**  
(O entrevistador escreve o que o progenitor lhe diz nos espaços correspondentes)

**7.2. O que pensou nessa situação? O que lhe passou pela cabeça?**

**7.3. O que sentiu? - Temos alguns exemplos que podem ajudá-lo a identificar o que sentiu** (© mostrar Cartões das emoções)

**7.4. Numa escala de 0 a 8, como classifica a intensidade dessa emoção (em que 0 é nada ... e 8 é muito ...)?**

**7.5. Até que ponto é que é difícil para si vê-lo(a) nervoso/assustado(a)/ansioso(a)? Gostaria que me dissesse o quão difícil é para si na escala de 0 a 8 (0 é nada difícil e 8 é muitíssimo difícil)?**  
**Que emoções sente quando o seu filho está ansioso/preocupado/nervoso?**

**7.6. Está satisfeito(a) com a forma como resolve o problema?**  
(Se não está) **O que seria necessário para procurar outras formas de resolver o problema?**

**7.7. O que fez? Como reagiu? Costuma fazer isso noutras situações?**

**7.8. (Se o progenitor recorreu a alguma estratégia para lidar com o problema) Acha que resultou? De acordo com a mesma escala, quanto é que acha que foi eficaz para resolver o problema?**

(0=nada eficaz a 8=completamente eficaz)

**Acha que foi eficaz porque o seu filho/a se acalmou (estratégia a curto-prazo)? Aprendeu a lidar com a sua ansiedade/ preocupações/medos (estratégia a longo-prazo)?**

**7.9. Se não o tivesse feito, o que acha que teria acontecido?**

*Identificar as interpretações, emoções e estratégias parentais para lidar com a ansiedade dos filhos*

*Perceber até que ponto os pais conseguem reconhecer e identificar as suas reacções emocionais, pensamentos, etc.*



## O QUE PENSOU?

## O QUE SENTIU?

## O QUE FEZ?

## FOI EFICAZ?

<p>8. (Se ambos os pais vivem com a criança) <b>Como costuma o pai/a mãe do(a)</b> (nome da criança) <b>reagir e lidar com este tipo de situações?</b></p> <p>9. <b>Acha que resulta? Concorda com esta estratégia?</b></p> <p>10. <b>Consegue dar-me algum exemplo de uma situação típica ou recente que se tenha passado com ele(a)?</b></p> <p>10.1. <b>O que pensou?</b></p> <p>10.2. <b>O que sentiu?</b></p> <p>10.3. <b>O que fez? Como reagiu?</b></p> <p><b>Se pudesse fazia de forma diferente?</b></p> <p>(Se não concorda com o marido/com a esposa) <b>Costuma fazer alguma coisa para tentar remediar a situação?</b></p>	<p>Avaliar a reacção emocional e estratégias utilizadas pelo outro progenitor</p> <p>Analisar o grau de concordância interparental relativamente às estratégias e reacções emocionais</p>	<p>Atitude do outro progenitor perante a ansiedade da criança</p>
<p><b>11. O seu/sua filho/a costuma fazer alguma coisa para se sentir menos ansioso(a), nervoso(a), assustado(a) em situações como...</b></p> <p>(Dar exemplos a partir da entrevista ADIS)?</p> <p><b>11.1. (Se o progenitor identificou alguma estratégia) Acha que o que ele faz é eficaz para se acalmar? E acha que é eficaz para aprender a lidar e ultrapassar os seus problemas de ansiedade?</b></p>	<p><i>Identificar as estratégias para lidar com a ansiedade por parte da criança</i></p>	<p>Estratégias da criança</p>

<p><b>12. Vamos imaginar um cenário: Se o(a) seu(sua) filho(a) se queixasse de dor de barriga, dizendo que não conseguia ir para a escola... (descrever pormenorizadamente)</b></p> <p><b>12.1. O que acha que pensaria?</b>  <b>12.2. O que acha que sentiria?</b>  <b>12.3. O que acha que faria?</b></p> <p><b>13. Imaginemos outra situação: O(A) se(sua) filho(a) convidou alguns amigos para lanche. Já passaram 30mn e nenhum apareceu.</b></p> <p><b>13.1. O que acha que pensaria?</b>  <b>13.2. O que acha que sentiria?</b>  <b>13.3. O que acha que faria?</b></p>	<p><i>Em que medida os pais interpretam estímulos ambíguos (físicos e sociais) como sinais de perigo</i></p> <p><i>Avaliar em que medida os pais incentivam o evitamento de situações geradoras de mal-estar</i></p>	<p>Interpretar estímulos ambíguos como ameaça</p>
<p><b>14. Como acha que a ansiedade/preocupação/medos/nervosismo do seu filho irá evoluir?</b>  <b>14.1. (Se a resposta é que irão desaparecer, aprofundar:) Como acha que irão passar? Porquê? O que tem de acontecer para que passem? Estar habituado? Ter encontrado estratégias para lidar com esses medos e preocupações?</b></p> <p><b>15. Que impacto é que estes medos/ansiedade podem ter na vida e no futuro do seu filho/a?</b>  <b>(Sentir-se ansioso, com medo ou assustado pode ser prejudicial ou perigoso para o seu filho? Se sim, o que acha que pode acontecer? (consequências)</b></p>	<p><i>Analisar a percepção que os pais têm acerca da evolução da ansiedade</i></p> <p><i>Identificar crenças relacionadas com a perigosidade da ansiedade</i></p>	<p><i>Expectativas parentais acerca das consequências da ansiedade para a criança</i></p> <p><i>Percepção de controlo</i></p>

<p><b>16. Porque é que acha que o(a) seu(sua) filho(a) tem esses medos e preocupações?</b> (Explorar)</p> <p><b>16.1. Como é que começaram?</b></p>	<p>Em que medida os pais consideram que a sua ansiedade influencia os seus filhos</p> <p>Perceber se é aprendido por modelagem ou se é hereditário</p>	<p>Transmissão inter-geracional da ansiedade</p> <p>Contexto</p> <p>Processos de modelagem</p>
<p><b>17. Tem ou já teve acompanhamento psicológico devido a problemas de ansiedade e/ou depressão? Toma ou já tomou medicação para este efeito?</b></p> <p><b>17.1. (Caso se aplique) E o/a pai/mãe?</b></p> <p>Chegámos ao fim desta entrevista. Agradeço a sua preciosa colaboração. Diga-me, o que achou da entrevista? Houve alguma coisa que o/a fizesse pensar de forma diferente?</p> <p>Que dificuldades sentiu? O que gostou mais?</p>	<p>Identificar eventuais problemas de ansiedade nos progenitores</p>	<p>Psicopatologia parental</p>



## Descobrimos às cegas | Materiais de apoio



[1. Rato de peluche; 2. Bola saltitona de borracha; 3. Baratas de plásticos; 4. Cobra de plástico; 5. Substância pegajosa e viscosa; 6. Lagarto de borracha]



## Tarefas de observação | Manual de Instruções

Condição aleatorizada (B): 1º Tarefa social + 2º Tarefa física / 1º Mãe + 2º Pai





## VAMOS FAZER UM ANÚNCIO

### Regras:

- o A tarefa terá de decorrer em frente à câmara, especialmente na apresentação do discurso.
- o Será o/a vosso/a filho/a a fazer a apresentação no final.
- o Podem usar as 3 cadeiras que estão na sala e o bloco de notas para escreverem as vossas ideias, se desejarem.
- o Os pais deverão ajudar o/a vosso/a filho/a da forma que acharem mais conveniente. Não existem estratégias de apoio certas nem erradas.
- o Os pais deverão respeitar a ordem de participação que combinámos, assim como o tempo estipulado para cada um.
- o Todos deverão participar. Quando terminarem podem sair da sala.

## VAMOS FAZER UM ANÚNCIO

### O que temos de fazer?

Nesta tarefa, o objectivo é que o/a vosso/a filho/a prepare e apresente um anúncio com a vossa ajuda.

### Qual o tema?

"A importância de ter uma boa alimentação"

### Quanto tempo dura a tarefa?

10 minutos.


### Como é que os pais podem participar?


Os pais irão ajudar da forma que quiserem o/a vosso/a filho/a.


## VAMOS FAZER UM ANÚNCIO

### Em que ordem irão os pais participar?

Por uma questão de organização:

 ③ Nos primeiros 3 minutos será a mãe a ajudar;

 ③ Nos 3 minutos seguintes será o pai;

 ④ Nos 4 minutos finais serão os dois em conjunto

Eu colocarei um relógio virado para vocês para que possam gerir o tempo e verificar a ordem em que participam.



## ***“Descobrimo às cegas”***



## ***“Descobrimo às cegas”***

### ***o O que temos de fazer?***

Nesta tarefa o objectivo é que o/a vosso/a filho/a descubra o que se encontra dentro das caixas que estão em cima da mesa, com a vossa ajuda.

### ***o Como se passa no teste?***

No final, verificaremos quantas respostas acertaste. Se errares em 3 caixas ou mais, perdes.

### ***o Como é que a tarefa vai decorrer?***

O/A vosso/a filho/a terá de colocar a mão dentro dos caixas através da manga em tecido que está por cima de cada caixa.

### ***o Como é que os pais podem participar?***

Os pais irão ajudar da forma que quiserem o/a vosso/a o/a filho/a.

## ***“Descobrimo às cegas”***

◦ Em que ordem irão os pais participar?



② Nas duas primeiras caixas será o pai a ajudar a explorar as caixas;



② Nas duas seguintes a mãe;



② Nas últimas duas serão os dois em conjunto a ajudar.

## ***“Descobrimo às cegas”***

### **Regras:**

- Podem apontar no bloco de notas o que vos parece estar dentro das caixas.
- A exploração das caixas deve começar da esquerda para a direita.
- Não vale espreitar ou tentar abrir as caixas.
- Os pais deverão respeitar a ordem de participação estipulada.
- Todos deverão participar.
- Quando terminarem, podem sair da sala.

## Grelha de codificação dos comportamentos específicos observados dos pais e da criança (Beato, Pereira & Barros, 2014)

Códigos dos pais (m/p)		Exemplos de comportamentos observáveis
POC	<b>Orientação para a criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escutam atentamente a criança (CR);</li> <li>- Olham e mostram-se interessados no que a CR está a fazer;</li> <li>- Postura corporal orientada para a tarefa;</li> <li>- Inclina-se na cadeira em direcção à criança;</li> <li>- Verbalizações que revelam estar a acompanhar o que está a ser feito ou dito pela criança (e.g. “hum, hum”, “diz”, “ok”).</li> </ul>
PV	<b>Facilitam a verbalização da criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazem um pequeno resumo dos objectivos da tarefa, completam frases, iniciam as frases;</li> <li>- Repetem o que a CR disse e esperam que prossiga: “A alimentação saudável é importante, não é?”, “Se comermos sempre bem, vamos crescer mais... (espera que a criança complete)”, “Eu faço uma lista para te ajudar a organizar as ideias”.</li> </ul>
PPI	<b>Pedidos de informação</b>	Os pais fazem questões à CR sobre a tarefa e perguntas de esclarecimento (e.g. “É um animal?”, “É grande ou pequeno?”), clarificação (e.g. “Explica melhor”) e pedidos de opinião (e.g. “O que achas?”, “O que pensas?”)
PSD	<b>Sugestões directas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecem sugestões específicas e dão ideias: “Podias falar da fruta e dos legumes”;</li> <li>- Dão directrizes explícitas: “Tenta ver de que tamanho é o que está na caixa”, “Vê se é alguma coisa com patinhas”;</li> <li>- Explicam à CR e dão informações sobre o tema acerca do qual vão fazer o discurso;</li> <li>- Dão exemplos sobre de tópicos relacionados com o tema da alimentação saudável.</li> </ul>
PH	<b>Sentido de humor</b>	Os pais riem, dão gargalhadas, fazem piadas, brincam, usam jogos de palavras, etc.
PI	<b>Instruções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais dirigem o discurso da CR;</li> <li>- Comandam a execução da tarefa, dizendo detalhadamente à CR o que deve fazer;</li> <li>- Corrigem o discurso do CR para que diga o que eles querem;</li> <li>- Ditam e pedem à CR que escreva as suas ideias ou dizem/escrevem as suas ideias para que a criança as reproduza posteriormente;</li> <li>- Decidem elas o que acham estar dentro das caixas (e.g. “Isso de certeza que é um rato. Passa à próxima caixa”);</li> <li>- Decidem o que a CR deve dizer no discurso final (“Vais dizer X”)</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Esta categoria apresenta semelhanças com a categoria Sugestões Directas. Ambas implicam a colaboração e participação activa dos pais na tarefa. Porém, ao contrário da primeira que tem por objectivo facilitar a execução da tarefa (dar pistas, organizar as ideias, facilitar a verbalização da criança), na categoria</p>

		Instruções os pais dirigem, dominam ou comandam rigorosamente a criança (o que ela deve fazer e dizer). Ao darem Instruções, os pais não revelam assim abertura à exposição de ideias e opiniões por parte da criança.
PRP	<b>Reforço Positivo</b>	Elogiam, utilizam expressões e gestos de agrado e validação do que a criança fez centrados no comportamento e no desempenho da criança na tarefa (e.g. “ok” “Gosto dessa ideia”, “Estás a sair-te bem”, “Exactamente”, “Muito bem”, “É isso mesmo”, “Boa”, “És bom nisto!”; hi5).
PET	<b>Incentivo à execução da tarefa autonomamente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivam verbal ou não-verbalmente a CR a falar e a prosseguir a tarefa (e.g. “Fala tu”, “Vá lá, agora tu”;</li> <li>- Os pais pedem à criança para que dê ideias, sugestões, opiniões (e.g. “Faz tu”, “Para ti, o que é uma alimentação saudável?”, “Decide tu”, “Tu é que vais dizer”).</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Esta categoria assemelha-se à “Pedidos de Informação”, uma vez que em ambas os pais solicitam a participação da criança na tarefa. O que distingue as categorias é que nesta última há intenção de fomentar a participação activa da criança na tarefa. Pode vir acompanhada de sinais de ansiedade e vergonha, pedidos de ajuda aos pais por parte da criança ou passividade.</p>
PAE	<b>Demonstrações de afecto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressões físicas de afecto (e.g. Beijos, abraços, festas, passar a mão na cabeça, tom de voz suave, sorrisos, contacto visual);</li> <li>- Os pais utilizam expressões de carinho, e nomes de proximidade (filhote, querido).</li> </ul>
PAI	<b>Apoio instrumental</b>	Os pais dão ou disponibilizam-se para ajudar a CR caso ela precise (e.g. “Se precisares a mãe ajuda-te”, “Eu ajudo-te a fazer isso”).
PCA	<b>Confronto da ansiedade</b>	<p>Os pais dão sugestões e fornecem estratégias para que a criança enfrente a situação receada ou desafiante (e.g. “Esquece o tempo”, “Faz de conta de estás a descrever um dia normal”, “Imagina que estás em casa”, “Respira”, “Lembra-te da lista que fizemos”).</p> <p><b>Nota:</b> Pode confundir-se com o Incentivo à execução autónoma da tarefa. Neste caso, os pais procuram que a criança enfrente a situação após sinais de ansiedade ou desconforto manifestados previamente por ela.</p>
PRT	<b>Confronto/ Resolução da tarefa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais insistem que a criança faça a tarefa, mesmo que manifeste sinais de mal-estar, receio, desconforto (e.g. Mexer nas caixas, fazer o discurso, falar para a câmara);</li> <li>- Verbalizações do tipo: “Volta a meter lá a mão”, “Tenta outra vez”, “Vá lá!”, “Já falta pouco, continua”, “Faz o discurso, vá!”.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Esta categoria assemelha-se à categoria “Incentivo à Execução da Tarefa Autonomamente” na medida em que os pais insistem para que a criança resolva a tarefa e não desista ou delegue. Porém, neste caso, os pais encorajam a criança a confrontar-se com as suas dificuldades após verificarem sinais na criança de resistência, ansiedade, apreensão, repulsa.</p>
PO	<b>Criticismo/ Oposição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais criticam a forma como a CR resolve a tarefa (e.g. “Não estás a fazer isso bem”, “Assim não vais lá”) ou as suas ideias/sugestões (e.g. “Não é nada disso”, “Não digas isso”, “Não vais dizer isso”, “Isso não tem lógica”, “Duvido que seja isso que está dentro da caixa”);</li> <li>- Os pais opõem-se ou contrariam o que a CR diz ou faz (e.g. “Não faças assim”, “Não é assim de certeza, tenta outra vez”;</li> <li>- Os pais queixam-se da prestação da CR ou evidenciam frustração em relação a ela ou aos seus comportamentos (e.g. “Assim não vais lá”, “Tu não explicas bem”, “Não nos estás a ajudar”);</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais utilizam verbalizações que revelam irritação (e.g. “Já me estás a irritar”), zanga (e.g. “não aguento mais”), sarcasmo (e.g. “Se fosse eu, já estava feito”, “Até a tua irmã fazia isso”), impaciência (e.g. “Despacha-te lá”), agressividade (e.g. “já me estou a passar”);</li> <li>- Ralham, levantam a voz, mandam a CR calar-se.</li> </ul>
PAN	<b>Afecto negativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressões não-verbais reveladoras de impaciência, irritação, agressividade (e.g. Fazem expressões faciais de aborrecimento e irritabilidade, suspiram profundamente com ar irritado ou impaciente, levantam-se repentinamente, acenam a cabeça em jeito de oposição, etc.);</li> <li>- Recorrem a comportamentos, tais como: empurrar, mexer em objectos de forma brusca, bater com a mão na mesa, etc.</li> </ul>
PDS	<b>Desvalorização de sentimentos</b>	Os pais desvalorizam, invalidam ou gozam com os sentimentos da CR (“e.g. “Não é razão para estares assim”, “Isto não é assim tão complicado”, “Não sei qual é o teu problema”, “O que é que isto custa?”).
PF	<b>Desamparo</b>	Os pais demonstram e verbalizam expressões reveladoras da sua dificuldade ou incapacidade em ajudar a CR e atitudes de desistência. Exemplos: “Não sei como te ajudar”, “Não sei mesmo o que lá está dentro”, “Eu não posso fazer mais nada”, “Não consigo perceber o que está aí”, “Passa mas é à próxima caixa (porque não vale a pena)”.
PP	<b>Passividade/ Distanciamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais não olham a criança, mantêm-se fisicamente distantes, não respondem às solicitações da criança;</li> <li>- Os pais fazem outras actividades (e.g. ver o telemóvel, manipular ou observar objectos da sala) ou falam de outros temas alheios à tarefa;</li> <li>- Um dos pais fica a observar o outro interagir com a criança, mesmo que não seja a vez dele de participar.</li> </ul>
PRE	<b>Recusa</b>	Os pais recusam-se a fazer a tarefa ou parte dela.
PDC	<b>Delegação no companheiro</b>	Os pais pedem, solicitam ou ordenam ao companheiro/a que ajude e oriente a CR.
PT	<b>Tranquilização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais tranquilizam a CR dizendo-lhe que está tudo bem e que está tudo sobre controlo;</li> <li>- Ocorre habitualmente após manifestações de ansiedade ou desconforto por parte da criança;</li> <li>- Respondem aos pedidos de tranquilização e reasseguramento da CR (e.g. “Não te vai fazer mal”, “Sim, vai tudo correr bem”, “Não te preocupes”, “Não custa nada”, “É rápido, vais ver”);</li> </ul>
PEV	<b>Expressão verbal de ansiedade pelos pais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais manifestam expressões e comportamentos reveladores de ansiedade. Verbalizações ansiosas: “Até eu estou nervoso”, “Estou ansioso”;</li> <li>- Recorrem a verbalizações que reforçam que a tarefa é difícil, perigosa, desagradável, ameaçadora (e.g. “Não acredito que temos de fazer isto”, “Aí que medo”, “Isto é muito difícil”, “Eu é que não punha ali a mão”, “É muito difícil”);</li> <li>- Verbalizações relacionadas com a necessidade de estar alerta e agir com precaução</li> </ul>

		(e.g. “Vai com cuidado”, “Não ponhas a mão toda”).
PAPN	<b>Expressão não-verbal de ansiedade pelos pais</b>	Sinais continuados ou repetitivos de ansiedade, tais como: Agitação motora, riso nervoso, expressão facial tensa, postura corporal rígida, sobrelhas franzidas, roer as unhas, mexer o pé de forma ritmada e repetitiva, mexer no cabelo, morder o lábio, remexer as mãos, discurso acelerado, nervoso ou inibido, etc.
PVF	<b>Verbalizações de fracasso</b>	Verbalizações relacionadas com a incompetência ou dificuldade da criança em lidar com a tarefa e expectativas de fracasso (e.g., “Não sei se vais conseguir”, “Vais ficar nervoso”, “Se calhar não vamos terminar a tempo”).
PEE	<b>Pressão para a realização/Exigência</b>	Os pais incentivam a que a tarefa seja feita o melhor possível, evitando falhas ou erros. Verbalizações do tipo: “Tens de fazer as coisas bem-feitas”, “Tens de acertar”, “Não podes exceder o tempo”.  <b>Nota:</b> Pode confundir-se com as Instruções mas neste caso aparece sobre a forma de ordem (mais absolutistas), com vocabulários como: “Tens de...”, “Deves...”  Pedem à CR para repetir o discurso para melhorar a performance. Certificam-se várias vezes acerca do que estará dentro das caixas para terem a certeza ou poderem pensar melhor se serão as respostas certas.
PRE	<b>Reforço do Evitamento</b>	Os pais encorajam e apoiam ativamente comportamentos de evitamento da CR. (e.g. “Não tens de fazer isso se não quiseres”).
PI	<b>Interrupções</b>	- Os pais interrompem a CR quando ela está a fazer o discurso; - Interrompem a CR e falam por cima dela.
PRC	<b>Regulação do comportamento</b>	Os pais procuram que a CR mantenha uma postura ou comportamento que consideram adequado, dando-lhe directrizes nesse sentido (e.g. “Porta-te bem”, “Está quieto”, “Não mexas”, “Fazes isso depois, agora concentra-te”, “Vem cá”, “Não fales por cima de mim”, “Ouve primeiro, depois falas”).
PNI	<b>Não-resposta às intervenções da CR</b>	- Os pais ignoram, não validam as ideias e sugestões da criança; - Mudam de assunto quando a CR está a falar; - Continuam a expor as duas ideias sem atentar ao que a criança disse.
PNC	<b>Não codificável</b>	Comportamentos que não se encaixam em nenhuma das categorias anteriores

### Código da CR

### Exemplos de comportamentos observáveis

CVA	<b>Expressão verbal de ansiedade da Criança</b>	- A criança apresenta verbalizações que revelam ansiedade, desconforto, apreensão (e.g. “Estou nervoso”);  - A CR utiliza expressões que indicam que a tarefa é difícil, perigosa, desagradável, ameaçadora (e.g. “Não acredito que temos de fazer isto”, “Ai que medo”, “Isto é muito difícil”, “Tenho mesmo de por ali a mão?!”)
-----	---	--

CAN	<b>Expressão não-verbal de ansiedade da criança</b>	- Manifestação comportamentais, contínuas ou repetitivas, de ansiedade, tais como: Agitação motora, riso nervoso, expressão facial tensa, postura corporal rígida, cruzar os braços, sobrançelas franzidas, roer as unhas, mexer o pé de forma ritmada e repetitiva, mexer no cabelo, morder o lábio, remexer as mãos, discurso acelerado, nervoso ou inibido, pausas longas durante o discurso, gaguejar, etc.
CP	<b>Preocupação com o desempenho</b>	- A CR verbaliza ter preocupações que podem estar relacionadas direta ou indirectamente com a tarefa. Por exemplo, pode estar preocupada com o cumprimento do tempo estipulado, com a ordem de participação dos pais, com não conseguir fazer a tarefa bem, com o que investigador possa pensar, em fazer a tarefa de modo perfeito, etc.
CN	<b>Nojo</b>	Expressões faciais de nojo/repulsa. Verbalizações do tipo: “yuck”, “Ai que nojo”, “Faz impressão”, “Não gosto de mexer naquilo”.
CE	<b>Evitamento/Adiamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A CR. recusa-se ou resiste em fazer algo. Verbalizações como: “não quero meter lá a mão”, “não vou fazer o discurso”, “não sei se vou fazer, é muito difícil/chato/desagradável”;</li> <li>- A criança demora muito tempo a colocar a mão nas caixas ou a fazer o discurso;</li> <li>- Tenta adiar a tarefa para outro momento;</li> <li>- Tem dificuldade em avançar perante determinada tarefa (e.g. Tenta a aproximar a mão da caixa mas retira-a antes de conseguir apalpar o seu conteúdo);</li> <li>- Não volta a meter a mão nas caixas mesmo não sabendo do que se trata ou que os pais peçam;</li> <li>- Inclui reacções mais extremas como fugir e bloquear.</li> </ul>
CS	<b>Comportamentos de segurança</b>	Exibe comportamentos de segurança, tais como: Fazer o discurso de costas, não olhar para a câmara, ler o discurso a partir do papel, falar baixo, olhar para os pais, repetir o discurso duas vezes ou mais vez antes de apresentar, etc.
CPI	<b>Procura de apoio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A CR. pede ajuda aos pais ou até mesmo que façam a tarefa (e.g. “O que é que tu achas?”, “Diz tu mãe”, “O que é que eu tenho de dizer/fazer?”, “Começa tu”, “Eu não sei o que dizer, ajuda-me”;</li> <li>- Espera que os pais avancem com ideias, sugestões, directrizes;</li> <li>- Olham para os pais quando não sabem o que dizer ou se esquecem de ideias durante o discurso.</li> </ul>
CPT	<b>Pedido de tranquilização</b>	<p>A criança pede aos pais que a tranquilizem ou reassegurem, utilizando expressões como: “Está bem?”, “Achas que está certo?”, “Gostaste do discurso?”, “Deve ser isto que está na caixa, não deve?”, “Se não acertar, não faz mal, pois não?”</p> <p><b>Nota:</b> Esta categoria assemelha-se à Procura de Apoio no sentido em que a criança pede ajuda aos pais e solicita a sua colaboração. Porém, neste último caso a criança expressa necessidade de obter respostas específicas dos pais para ficar mais calma. Procura assim certificar-se de que está a fazer a tarefa bem, de que está segura, que nada de mal irá acontecer, que será aprovada, etc. Estes pedidos poderão estar acompanhados sinais de ansiedade por parte da criança.</p>



CET	<b>Envolvimento na tarefa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança está envolvida, focada e concentrada na tarefa;</li> <li>- Vai seguindo e aplicando as instruções para a tarefa (e.g. Fala em voz alta enquanto explora o conteúdo das caixas, dá sugestões e ideias na preparação do discurso, faz gestos para explicar o que está dentro da caixa, descreve com detalhe o conteúdo da mesma).</li> </ul>
CC	<b>Colaboração com os pais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança olha para os pais enquanto eles falam, respondem às suas perguntas e sugestões, falam directamente para eles;</li> <li>- Orienta-se fisicamente para eles;</li> <li>- Assente com a cabeça ou profere verbalizações que mostram estar a acompanhar o que é dito (e.g. “hum, hum”, “é isso”).</li> </ul>
CEN	<b>Entusiasmo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra entusiasmo na concretização da tarefa (e.g., “Isto é giro”, “Divertido!”, “Vamos lá então”);</li> <li>- Faz piadas, brinca enquanto explora as caixas, sorri, demonstra surpresa;</li> <li>- Revela uma postura alegre, bem-disposta.</li> </ul>
CVI	<b>Manifestações verbais de Irritação/zanga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A CR revela irritação, zanga ou conflito;</li> <li>- Discute e/ou queixa-se dos pais;</li> <li>- Verbalizações do tipo: “Eu faço como eu quero”, “Não me chateies”, “Eu é que sei”, “Estás a irritar-me”, “Agora não és tu a ajudar”, etc.</li> <li>- Diz coisas como: “Assim não dá”, “Já disseste isso mais de uma vez”, “Estás a rir de quê?”, “Achas que eu sei?!”</li> <li>- Expressões de zanga podem incluir não querer fazer a tarefa, por exemplo.</li> </ul>
CNI	<b>Manifestações não-verbais de irritação/zanga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressões não-verbais reveladoras de impaciência, irritação, agressividade (e.g. Fala mais alto, cruza os braços, “bufa”, revira os olhos, vira-se para outra direcção (de propósito), suspiram profundamente com ar irritado ou impaciente, levantam-se repentinamente, acenam a cabeça em jeito de oposição, etc.);</li> <li>- Apresentam comportamentos, tais como: empurrar, mexer em objectos de forma brusca, bater com a mão na mesa, etc.</li> </ul>
CPO	<b>Pedido de apoio ao outro progenitor</b>	A CR olha, pede ajuda, verbaliza que quer a ajuda do progenitor que não está a participar na tarefa (e.g. “Mãe, tu sabes o que é. Ajuda aqui”, “O pai é que me devia estar a ajudar”).
CP	<b>Passividade</b>	A CR manifesta uma postura passiva. Responde que não sabe, não responde ou encolhe os ombros quando os pais fazem perguntas.
CD	<b>Desamparo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interage minimamente com os pais;</li> <li>- Pode parecer triste, abatida, cabisbaixo, sem energia etc.</li> <li>- Postura encolhida, curvada, braços caídos.</li> <li>- Pode parecer que vai chorar ou até mesmo chorar.</li> </ul>
CA	<b>Alheamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A CR revela estar alheada ou distraída;</li> <li>- Muda de tema ou está alheada da tarefa;</li> </ul>

		- Faz barulhos, canta, olha para outros lados enquanto os pais falam, distrai-se e chama a atenção para outros assuntos (e.g. Quer falar de pormenores da sala ou de temas não relacionados com a tarefa).
CNC	Não codificável	Comportamentos que não se encaixam em nenhuma das categorias anteriores

## *Codificação das interações em sistema SDIS*

### Timed

(\$ Mae = POCm PVm PPIIm PSDm PHm Plm PRPm PETm PAEm PAIm PCAm PRTm POm PANm PDSm PFm PPM PRECm PDCm PTm PEVm PAPNm PVFm PEEem PREm PINm PRCm PNIm PNCm)

(\$ Pai = POCp PVp PPIp PSDp PHp Plp PRPp PETp PAEp PAIp PCAp PRTp POp PANp PDSp PFp PPp PRECp PDCp PTp PEVp PAPNp PVFp PEEp PREp PINp PRCp PNIp PNCp)

(\$ Criança = CVA CAN CP CE CN CS CPI CPT CET CC CEN CVI CNI CPO CPA CD CA CNC)

\* Amostra (Clinica Controlo) Sexo (Masculino Feminino) Progenitor (Pai Mãe);

<Família 1: JC\_Pai\_Social>

(Clinica Masculino Pai)

CAN,00:02- CET,00:09- CAN,00:19- CC,00:24- CAN,00:36- CET,00:58- CP,00:59- CC,01:09- CAN,01:37- CC,01:43- CP,02:22- ,02:39 &

PVp,00:05- Plp,00:57- PSDp,01:36- PPIp,02:00- POCp,02:10- ,02:40 /

<Família 1: JC\_Pai\_Fisica>

(Clinica Masculino Pai)

CPT,01:30- CVA,01:44- CC,01:59- CVA,02:13- CC,02:24- CA,02:35- CC,02:42- CP,02:48- CN,03:01- CC,03:14- & PRCp,01:30- PPIp,01:56- PTp,02:16- PRTp,02:19- PTp,02:50- PVp,03:11- PSDp,03:19- ,03:30 /

<Família 1: JC\_Mãe\_Social>

(Clinica Masculino Mãe)

CC,02:30 CAN,03:08- CC,03:11- CAN,03:13- CC,03:18- CAN,03:58- CP,05:32- &

PVm,02:30- PRCm,03:05- PVm,03:10- PEEem,03:35- Plm,03:45- PPIIm,03:52- PRPm,04:01- PSDm,04:20- PPIIm,04:31- PVm,04:41- PRPm,05:30- ,05:40 /

<Família 1: JC\_Mãe\_Fisica>

(Clinica Masculino Mãe)

CET,00:07- CC,01:10- CET,01:19- &

PAEm,00:07- PEEem,00:08- PPIIm,00:11- PFm,00:33- POCm,00:56- PPIIm,01:17- ,01:20 /